Resultado de Investigación

Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores

Eunice Yarce Pinzón
Compiladora

Universidad Mariana
Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores

Eunice Yarce Pinzón (comp.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CRIOLLO CASTRO, C. H., ed. *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* [online]. San Juan de Pasto: Editorial Unimar, 2024, 121 p. Resultado de investigación collection. ISBN: 978-628-7548-48-0. Available from: http://books.scielo.org/id/8w6hn. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores

Eunice Yarce Pinzón
Compiladora

Universidad Mariana
Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Editorial Unimar

Colección Resultado de Investigación

2024

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

Criollo Castro, Carlos Hernando, autor

Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores / Carlos Hernando Criollo Castro [y otros veintiuno]; compiladora, Eunice Yarce Pinzón. -- San Juan de Pasto: Editorial Unimar, 2024.

1 recurso en línea. – (Resultado de investigación)

Incluye datos curriculares de los autores -- Incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo.

ISBN 978-628-7548-48-0

1. Personas mayores - Salud e higiene - Evaluación - Pacífico (Región, Colombia) - Siglo XXI 2. Ancianos - Atención médica - Evaluación - Pacífico (Región, Colombia) - Siglo XXI 3. Calidad de vida - Evaluación - Pacífico (Región, Colombia) - Siglo XXI 4. Asistencia legal a ancianos - Evaluación - Pasto - Siglo XXI I. Yarce II. Pinzón, Eunice, autora, compiladora III. Criollo Méndez, Daniela Sofía, autora IV. Madroñero Quiroz, Angie Lizeth, autora V. Pantoja Pantoja, José Luis, autor VI. Imbachi Meneses, Rosmery, autora VII. Vivas Quiñones, Mary Cielo, autora VII. Leyton Luna, Eliana, autora VIII. Gómez Nieves, Doménica Ariana, autora IX. Paredes-Arturo, Yenny Vicky, autora X. Betancur Zapata, Isabel Cristina, autora

CDD: 613.0438098615 ed. 23 CO-BoBN– 00042

Universidad Mariana

Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Título del libro: *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores*

e-ISBN: 978-628-7548-48-0

DOI: https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183

Formato: 18 x 26 cm – Digital

Páginas: 121

Año: 2024

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana
© Carlos Hernando Criollo Castro
© Eunice Yarce Pinzón
© Daniela Sofía Criollo Méndez
© Angie Lizeth Madroñero Quiroz
© José Luis Pantoja Pantoja
© Rosmery Imbachi Meneses
© Mary Cielo Vivas Quiñones
© Eliana Leyton Luna
© Doménica Ariana Gómez Nieves
© Yenny Vicky Paredes-Arturo
© Isabel Cristina Betancur Zapata
© Jessica Pamela Calpa Mora
© Brenda Valentina Maya Ojeda
© Jessica Andrea Pantoja Díaz
© Ángela Viviana Rodríguez Eraso
© Tania Gabriela Velásquez Delgado
© Mildred Rosero Otero

© Natalia Sofia Gallego Eraso
© Jhoana Elizabeth Zambrano Melo
© Ruth Magali Tapia Fierro
© Jazmín Janneth Díaz Vivas
© Sharon Valeria Rodríguez Villa

Pares evaluadores

Dra. **Ana Milena Galarza Iglesias**
Universidad del Valle, Colombia

Dr. **Jhon de la Rosa Bobadilla**
Universidad del Quindío, Colombia

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández
Coordinadora editorial

Ana Cristina Chavez López
Corrección de estilo

Johan Esteban Botina Potillo
Diseño y diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana
San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104
Tel: 6027244460 - Ext. 185
E-mail: editorialunimar@umariana.edu.co

Depósito Digital

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5 - 60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34 - 104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible en: http://editorial.umariana.edu.co/libros

Cítese como: Yarce-Pinzón, E. (comps). (2024). *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores.* Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores; de igual manera, ellos han declarado que, en su totalidad, es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autores y editorial.

Este libro está bajo licencia internacional:

CC BY-NC-SA Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual

Dedicatoria

Para todos aquellos que creen en el poder de la investigación para transformar vidas. Que este libro sea una luz de conocimiento, empatía y comprensión en nuestro viaje colectivo hacia un futuro en el que las personas mayores sean valoradas y respetadas en toda su plenitud.

Queridas personas mayores: con profundo respeto y admiración, gracias por ser faros de sabiduría en un mundo en constante cambio, donde su presencia y contribución son un legado que perdurará en las generaciones venideras.

A los lectores comprometidos con la causa de las personas mayores, los invito a sumergirse en estas páginas con mente abierta y corazón receptivo. Cada palabra escrita aquí representa un paso hacia una sociedad más inclusiva, justa y enriquecedora para todas las edades.

Eunice Yarce Pinzón

Contenido

Capítulo 1 Desempeño ocupacional y uso de tecnología en un grupo de personas mayores durante el aislamiento social por COVID-19 en Pasto, Nariño **9**

Carlos Hernando Criollo Castro, Eunice Yarce Pinzón, Daniela Sofía Criollo Méndez, Angie Lizeth Madroñero Quiroz y José Luis Pantoja Pantoja

Capítulo 2 Relación de factores sociodemográficos y antropométricos con estilos de vida y capacidad funcional en personas mayores de Popayán, Cauca **29**

Elizabeth Roldán González, María Luisa Hurtado Otero, Leila Rosmery Imbachi Meneses, Mary Cielo Vivas Quiñones y Eliana Leyton Luna

Capítulo 3 Evaluación multidimensional de personas mayores en situación de calle en Pasto, Nariño **50**

Doménica Ariana Gómez Nieves y Yenny Vicky Paredes-Arturo

Capítulo 4 Efectos adversos de la polifarmacia en adultos mayores institucionalizados en Pasto, Nariño **78**

Isabel Cristina Betancur Zapata, Jessica Pamela Calpa Mora, Brenda Valentina Maya Ojeda, Jessica Andrea Pantoja Díaz, Ángela Viviana Rodríguez Eraso, Tania Gabriela Velásquez Delgado, Mildred Rosero Otero y Natalia Sofia Gallego Eraso

Capítulo 5 Protección social de la vejez. Un aporte de consultorios jurídicos de la Universidad Mariana, Nariño, Colombia **103**

Jhoana Elizabeth Zambrano Melo, Ruth Magali Tapia Fierro, Jazmín Janneth Díaz Vivas y Sharon Valeria Rodríguez Villa

Anexos **118**

Presentación

Esta obra es un llamado a la acción para los responsables de políticas públicas y líderes, donde les instamos a tomar en serio las investigaciones y los hallazgos aquí presentados, pues su influencia puede llevar a cambios significativos en la atención, los servicios y el respeto hacia las personas mayores.

El libro *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* aporta a la formación disciplinar, mejorando enfoques en la intervención con población adulta mayor, donde cada estudio y recomendación ofrecen una oportunidad para brindar un cuidado más humano, sensible y centrado en la persona, desde la visión de la Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicología y Derecho, aportando conocimientos para comprender las dinámicas que afectan el bienestar y el cuidado de la salud de las personas mayores.

Este libro es un compilado de experiencias investigativas relacionadas con la evaluación y atención de personas mayores, de profesionales de Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología y Derecho de la Universidad Mariana y, profesionales de Fisioterapia de la Fundación Universitaria María Cano, sede Popayán, con una única apuesta: la de investigar y proponer alternativas que promuevan el bienestar y la calidad de vida de población adulta mayor.

Capítulo 1

Desempeño ocupacional y uso de tecnología en un grupo de personas mayores durante el aislamiento social por COVID-19 en Pasto, Nariño[1]

Carlos Hernando Criollo Castro[2]

Eunice Yarce Pinzón[3]

Daniela Sofía Criollo Méndez[4]

Angie Lizeth Madroñero Quiroz[5]

José Luis Pantoja Pantoja[6]

Cítese como: Criollo-Castro, C. H., Yarce-Pinzón, E., Criollo-Méndez, D. S., Madroñero-Quiroz, A. L. y Pantoja-Pantoja, J. L. (2024). Desempeño ocupacional y uso de tecnología en un grupo de personas mayores durante el aislamiento social por COVID-19 en Pasto, Nariño. En E. Yarce-Pinzón (comp), *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* (pp. 9-28). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.c270

Introducción

El envejecimiento es un proceso marcado de significados sociales derivados del miedo y prejuicios, asociados con la enfermedad, dependencia e improductividad, con particularidades que pueden vulnerar los derechos de las personas mayores.

Es común que las políticas públicas estén basadas en prejuicios cuando son construidas, mostrando una concepción falsa acerca de lo que significa la vejez, lo que señala la importancia de tener una visión integral y diferencial que oriente dicho proceso, con el fin de mitigar la negatividad y discriminación hacia la población

[1] Capítulo resultado de investigación titulada: Desempeño ocupacional y uso de TIC de personas mayores en tiempos de pandemia, desarrollada desde el 11 de mayo hasta el 30 de noviembre de 2022, en la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.

[2] Magíster en Discapacidad. Terapeuta Ocupacional. Profesor de Terapia Ocupacional, Universidad Mariana.

[3] Magíster en Pedagogía. Terapeuta Ocupacional. Profesora Investigadora de Terapia Ocupacional, Universidad Mariana.

[4] Terapeuta Ocupacional, Universidad Mariana.

[5] Terapeuta Ocupacional, Universidad Mariana.

[6] Terapeuta Ocupacional, Universidad Mariana.

mayor, así como también, poder desarrollar mecanismos que puedan disminuir o evitar las iatrogenias.

Cabe señalar que, en algunas comunidades está limitada la interacción con personas mayores para reconocer sus necesidades y condiciones reales; en la actualidad, con la presencia del COVID-19, al igual que otras enfermedades de alto riesgo para esta población, es más difícil establecer ese contacto por los riesgos a su salud. Sin embargo, cuando se presentó la situación de emergencia sanitaria, se dio una oportunidad para hacer cuestionamientos acerca de la situación de confinamiento de los adultos mayores, siendo posible evidenciar una problemática asociada a este curso de vida, al ser el grupo poblacional más perjudicado por su vulnerabilidad, no solo desde la condición de salud, sino también lo que desencadenó a nivel social, pues muchos fueron afectados por tener que abandonar un trabajo informal, sin una seguridad social en salud efectiva y con mínimas o nulas estrategias de manejo para un envejecimiento activo y efectivo en confinamiento (Naranjo-Hernández et al., 2021).

En este orden de ideas, la sociedad tiene el deber de ser solidaria y proteger mejor a las personas mayores, por ser las más afectadas por la pandemia del COVID-19 (Pinazo-Hernandis, 2020); sin embargo, ha sido evidente que, además del ambiente catastrófico que trae la pandemia, se ha sumado el aislamiento social y la depresión por la falta de comunicación, teniendo en cuenta las limitaciones tecnológicas que presentan las personas mayores (Rivoir et al., 2019), ya sea por falta de conocimiento en el uso de elementos digitales o por no tener accesibilidad a redes tecnológicas de comunicación, siendo un elemento que ha proporcionado recreación, aprendizaje y empleo o, simplemente el acercamiento social por medio virtual de otros grupos etarios.

La aparición de la pandemia marcó una transformación social significativa en la vida humana; más aún, en las personas mayores, por los cambios abruptos en sus actividades diarias, especialmente para aquellas que nunca habían querido lidiar con algún dispositivo de telecomunicación moderno (Concepción-Breton et al., 2020).

Por lo tanto, el desarrollo de la investigación desde Terapia Ocupacional sobre la situación actual de las personas mayores respecto al desempeño ocupacional en su interacción social, actividades de aprendizaje y recreación a partir del uso de las TIC, se convierte en una oportunidad para aportar a la generación de programas de envejecimiento activo para promover estilos de vida saludables y participación social, para la población adulta mayor de los estratos sociales 1 y 2, en cumplimiento de las políticas públicas de envejecimiento departamental (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2015) y municipal, desarrolladas desde la Oficina de Bienestar Social de la Alcaldía Municipal. Además, con la investigación se hace evidente la competencia profesional de la Terapia Ocupacional en la intervención con población adulta mayor (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2014).

El proyecto contó con la colaboración de la Oficina de Bienestar social del municipio, quien brindó el espacio para recolectar la información con las personas mayores que asisten a los programas de envejecimiento activo, tomando las medidas de bioseguridad necesarias. El proyecto fue novedoso porque se indagó sobre aspectos ocupacionales que fueron afectados como consecuencia de la pandemia del COVID-19, planteando como objetivo, determinar el nivel de desempeño ocupacional y el uso de las TIC, relacionados con la interacción social, actividades de aprendizaje y recreación de las personas mayores durante el aislamiento social por la pandemia.

Materiales y métodos

Tipo de investigación. El estudio se enmarcó desde un paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, indagando variables relacionadas con el desempeño ocupacional y su nivel de independencia, así como el uso y tipo de actividades realizados mediante las TIC.

Población y muestra. La población estuvo conformada por 380 personas mayores con edad igual o superior a 60 años, de ambos sexos, residentes en Pasto y adscritos al programa 'Colombia Mayor' de la Oficina de Bienestar Social del municipio. Se registra una muestra de 150 personas mayores a partir de un tipo de muestreo probabilístico, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %.

Criterios de inclusión: adultos mayores de 60 años que asisten a los programas del Centro Vida de Tamasagra de la Oficina de Bienestar Social del municipio, con firma del consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión: cualquier condición mental que impida responder el cuestionario.

Técnicas e instrumentos de recolección de información. La recolección de datos se realizó a partir de la técnica tipo encuesta a través de un cuestionario (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018) para establecer comunicación entre el investigador y el sujeto de estudio. Los instrumentos de investigación corresponden a un protocolo conformado por tres cuestionarios que involucran los aspectos sociodemográficos (nombre, documento de identificación, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación anterior y actual), Cuestionario de desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) (Neumann-Collyer et al., 2018) que contiene nueve preguntas y, la encuesta de bienestar en adultos mayores, tomada de Concepción-Breton et al. (2020), desarrollada en República Dominicana, Costa Rica y Argentina. El instrumento contiene 34 preguntas de selección y, fue aplicado mediante diligenciamiento presencial.

La información se obtuvo de la aplicación de un instrumento basado en la encuesta de bienestar de adulto mayores desarrollado por Concepción-Breton

et al. (2020), aplicado a 150 personas mayores de género masculino y femenino que asisten al centro vida perteneciente a la alcaldía municipal de Pasto. Los datos fueron analizados posteriormente con el paquete estadístico Epidat 4.2.

Consideraciones éticas. Se tuvo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, con la aplicación previa del consentimiento informado a los participantes. La investigación fue aprobada por el Comité de ética de la facultad de Ciencias de la Salud mediante el Acuerdo 084 del 12 de mayo de 2021 emitido por el Consejo de Facultad.

Resultados

Características sociodemográficas

Tabla 1

Descripción de características sociodemográficas

Rango de edad	Fr	%
60 a 64 años	37	**24,67**
65 a 69 años	37	**24,67**
70 a 74 años	31	20,67
75 a 79 años	31	20,67
Más de 80 años	14	9,33
Total	150	100,00
Sexo	**Fr**	**%**
Femenino	101	**67,33**
Masculino	49	32,67
Total	150	100,00
Estado civil	**Fr**	**%**
Soltero	29	19,33
Casado	65	**43,33**
Viudo	35	23,33
Separado/divorciado	12	8,00
Unión libre	9	6,00
Total	150	100,00
Escolaridad	**Fr**	**%**
No sabe leer/escribir	4	2,67
Solo aprendió a leer/escribir	11	7,33
Primaria completa	39	**26,00**
Primaria incompleta	22	14,67

Secundaria completa	24	16,00
Secundaria incompleta	38	25,33
Técnico	10	6,67
Superior	2	1,33
Total	150	100,00
Ocupación anterior	**Fr**	**%**
Empleado sector público	6	4,00
Ama de casa	33	22,00
Trabajo informal (agricultor, artesano, comerciante, modista, oficios varios, zapatero)	56	**37,33**
Empleado sector privado	55	36,67
Total	150	100,00
Ocupación laboral actual	**Fr**	**%**
Empleado	4	2,67
Independiente	31	20,67
Pensionado	17	11,33
Jubilado	9	6,00
Hogar	86	**57,33**
Desempleado	3	2,00
Total	150	100,00

Sobre las características sociodemográficas de la muestra, se observó que la mayoría de las personas se ubica en rangos de edad de 60 a 64 años y 65 a 69 años (49,34 %); el mayor porcentaje se centra en sexo femenino con 67,33 %; estado civil casado con el 43,33 %. Respecto a escolaridad, se encontró que el nivel de estudios es bajo, puesto que el 26 % manifestó que solo tiene primaria completa. En cuanto a ocupación laboral anterior, los datos indican que el 37,33 % ha desempeñado trabajos relacionados con la agricultura, artesanías, comercio, sastrería, zapatería, oficios varios, entre otros, mientras que para la situación laboral actual se observó que el 57,33 % se dedica a las actividades en el hogar.

Características del desempeño ocupacional durante el aislamiento social

Para abordar las características del desempeño ocupacional se aplicó el cuestionario de Desempeño en las actividades de la vida diaria instrumental, creado por Neumann-Collyer et al. (2018), que evalúa las dimensiones de independencia, razones de dependencia e importancia. En el trascurso del trabajo de campo se logró evidenciar que no todos los sujetos respondieron acerca de las razones de dependencia, por lo cual se determinó, por parte del grupo de investigadores, que no se contemplaría ese ítem, pues tiene implicaciones de sesgo al hacer el análisis de los otros resultados.

Tabla 2

Descripción nivel de independencia en las AVDI en la actualidad

Actividad	Dependiente		Dependiente/ ayuda moderada		Dependiente con ayuda mínima		Independiente		No aplica	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Cuidado de otros, mascotas, crianza de niños	7	4,67	2	1,33	12	8,0	122	**81,33**	7	4,67
Gestión de la comunicación	1	0,67	3	2,0	3	2,0	142	**94,67**	1	0,67
Movilidad en la comunidad	6	4,0	0	0	15	10,0	127	**84,67**	2	1,33
Gestión financiera	8	5,33	1	0,67	27	**18,0**	114	**76,0**	0	0
Gestión y mantenimiento de la salud	5	3,33	7	4,67	32	**21,33**	106	**70,67**	0	0
Establecimiento y manejo del hogar	7	4,67	6	4,0	10	6,67	124	**82,67**	3	2,0
Preparación de la comida	7	4,67	3	2,0	13	8,67	121	**80,67**	6	4,0
Seguridad y respuesta a emergencia	6	4,0	4	2,67	15	10,0	124	**82,67**	1	0,67
Compras	7	4,67	2	1,33	17	11,33	123	**82,0**	1	0,67

En cuanto al nivel de independencia en las AVDI, se encontró que, si bien la mayoría de las personas mayores son independientes, evidenciado en los porcentajes superiores al 70 %, lo que es coherente con la asistencia que realizan a los programas ofrecidos por el Centro Vida de la Alcaldía de Pasto, es importante notar los porcentajes de las actividades de gestión financiera y gestión para el mantenimiento de la salud, en las cuales se señala un valor esencial, por ser dependientes requiriendo ayuda mínima, lo que se establece como un factor de riesgo para el cuidado de la salud.

Tabla 3

Descripción nivel de importancia en las AVDI en la actualidad

Actividad	Muy importante		Importante		Poco Importante		Sin importancia	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Cuidado de otros, mascotas, niños	88	**58,67**	18	12,0	26	17,33	18	12,0
Gestión de la comunicación	95	**63,33**	27	18,0	27	18,0	1	0,67
Movilidad en la comunidad	102	**68,0**	33	22,0	13	8,67	2	1,33
Gestión financiera	89	**59,33**	45	30,0	15	10,0	1	0,67
Gestión y mantenimiento de la salud	79	**52,67**	41	27,33	28	**18,67**	2	1,33
Establecimiento y manejo del hogar	92	**61,33**	47	31,33	7	4,67	4	2,67
Preparación de la comida	95	**63,33**	37	24,67	10	6,67	8	5,34
Seguridad y respuesta a emergencia	81	**54,0**	50	33,33	15	10,0	4	2,67
Compras	76	**50,67**	40	26,67	29	**19,33**	5	3.34

Respecto a la importancia de la realización de las AVDI que desarrollan actualmente las personas mayores fue evidente que, para la mayoría de ellas es fundamental la ejecución de todas las actividades instrumentales indagadas; sin embargo, se pudo observar que para un grupo significativo es poco importante la realización de compras, al igual que la gestión y mantenimiento de la salud; este último, en coherencia con lo señalado en el nivel de independencia, lo que reafirma

la importancia de dirigir programas de atención y mantenimiento de la salud para este grupo poblacional.

Tabla 4

Afectación en la actividad productiva durante el confinamiento y aislamiento social 2020-2021

Valor	Fr	%
Sí	65	43,33
No	85	56,67
Total	150	100,00

Para la afectación en la actividad productiva de las personas durante el confinamiento y aislamiento social, se puede establecer que un 56,67 % no presentó dicha situación; no obstante, el porcentaje restante es vital, por la alteración en el desempeño ocupacional debido a la situación de emergencia presentada.

Tabla 5

Descripción de la condición emocional durante el confinamiento y aislamiento social (2020-2021) que afectó su desempeño ocupacional

Condición emocional	Fr	%
No muy bien, triste o cansado	45	30
Preocupado	83	**55.3**
Malhumorado	34	22.7
De buen ánimo	84	**56**
De buen humor	75	**50**
Con energía	74	49.3
Con incertidumbre	54	36
Ansioso	47	31.3
Estresado	81	**54**
Con miedo al contagio	86	**57.3**
Con miedo a que un familiar o amigo se contagie	84	**56**
Con miedo a morir	40	26.7
Variable: con ánimo o desanimados	64	42.7

Frente a su condición emocional, es evidente que la gran mayoría, con un porcentaje superior al 50 % se mostró preocupada, estresada, con miedo al contagio, aunque, hubo un grupo de personas que tuvieron buen ánimo y humor durante el confinamiento.

Tabla 6

Actividades realizadas durante el aislamiento social por pandemia 2020-2021

Actividades	Fr	%
Descansar o hacer la siesta	88	**58,7**
Hablar por teléfono o celular	97	**64,7**
Estudiar	14	9,3
Leer noticias	47	31,3
Regar las plantas	68	45,3
Leer la biblia	58	38,7
Orar	116	**77,3**
Hacer quehaceres domésticos	90	**60**
Salir a trabajar	40	26,7
Salir a diligencias	78	**52**
Visitar amigos o familiares	57	38
Ver televisión	114	**76**
Leer libros	34	2,7
Actividad recreativa (rompecabezas, crucigramas, costura, bordado)	51	34
Acceder a internet	39	26

Entre las actividades realizadas durante el aislamiento social destacan: ver televisión (76 %), orar (77,3 %) y, hablar por teléfono o celular (64,7 %), actividades que permiten compartir con otros miembros de la familia; sin embargo, es evidente que las actividades fueron sedentarias, lo que pudo afectar un envejecimiento activo.

Exploración de las actividades de interacción social, actividades de aprendizaje y recreación realizadas mediante el uso de TIC

A partir de la entrevista, se buscó indagar acerca de las actividades que realiza y que le gustaría realizar mientras permanece en casa por aislamiento preventivo, para determinar las necesidades y preferencias del grupo investigado, de suerte que aporten a la gestión de estrategias de envejecimiento activo aplicadas por medio del uso de dispositivos tecnológicos.

Tabla 7

Tiene acceso a internet en casa

Con internet	Fr	%
Sí	108	**72,00**
No	40	26,67
No sabe	2	1,33
Total	150	100,00

L a mayoría de personas entrevistadas tiene acceso a internet desde su casa (72 %), lo que facilita el desarrollo de diversas actividades con el uso de las TIC.

Tabla 8

Variación en el uso de equipos o dispositivos (celular, computador, tableta) durante el periodo de confinamiento y aislamiento social

Variación de uso	Fr	%
Menor uso	15	10,00
Mismo uso	66	**44,00**
Mayor uso	56	37,33
No usa	13	8,67
Total	150	100,00

Respecto a la variación del uso de dispositivos, se encontró que el 44 % de las personas indagadas tuvieron el mismo uso que tenían antes del confinamiento, pero llama la atención el número de personas que tuvieron mayor uso de su dispositivo en este periodo, siendo un recurso útil de entretenimiento o comunicación.

Tabla 9

Frecuencia de uso de los dispositivos

Frecuencia	Fr	%
Una vez al día	24	16,00
Dos o tres veces al día	62	**41,33**
Muchísimo, varias veces al día	33	22,00
Dos o tres veces a la semana	3	2,00
Muy poco	12	8,00
No usa dispositivo	16	10,67
Total	150	100,00

En cuanto a la frecuencia de uso, se observa que la mayoría lo utilizó de dos a tres veces al día (41,33 %), lo que puede dar cuenta que la ocupación diaria estuvo dirigida a otras actividades diferentes al uso de dispositivo.

Tabla 10

Actividades realizadas con algún dispositivo (celular, computador, tableta)

Actividades	Fr	%
Ninguna actividad	94	**62,67**
Escribir documentos	13	8,67
Leer libros	7	4,67
Navegar por internet	4	2,67
Leer noticias	15	10,00
Mirar videos	2	1,33
Chatear en whatsApp u otro	2	1,33
Hacer llamadas	1	0,67
Ver el culto religioso o misa	1	0,67
Hacer terapia	3	2,00
Mirar ejercicios	4	2,67
Usar redes sociales	2	1,33
Estudiar o aprender otras habilidades	2	1,33
Total	150	100,00

Al indagar sobre el tipo de actividades realizadas mediante el uso de dispositivos tecnológicos, queda claro que el 62,67 % no desempeñó ninguna actividad, lo que puede estar relacionado con el bajo nivel educativo de la población investigada, en tanto no tienen ninguna experiencia previa para el manejo de dispositivos que no sean solo para la comunicación a través de llamadas.

Tabla 11

Intereses de actividades para hacer en el futuro con el uso de dispositivos (celular, computador, tableta)

Interés	Fr	%
Ninguna actividad	105	**70,00**
Estudiar	1	0,67
Conocer otras personas	12	**8,00**
Trabajar	11	7,33
Aprender un oficio	3	2,00

Interés	Fr	%
Ser parte de un club o grupo de entretenimiento	12	8,00
Hacer ejercicio	2	1,33
Comunicarse con familiares	4	2,67
Total	150	100,00

Respecto a los intereses que poseen para desarrollar actividades mediante el uso de dispositivos tecnológicos, se pudo constatar que, a la gran mayoría (70 %) no le llama la atención su uso, lo que puede ser una barrera para la generación de estrategias tecnológicas que aborden la intervención para promover el envejecimiento activo y la inclusión social, cuando cada día se desarrolla más tecnología para apoyar el ejercicio de las AVDI.

Tabla 12

Actividades que le gustaría realizar y no ha podido debido a la pandemia

Actividad	Fr	%
Asistir a terapia	1	0,84
Actividad física (bailoterapia, gimnasia, caminata, deporte)	18	**15,13**
Curso Excel	1	0,84
Ir a reuniones o fiestas	9	7,56
Estudiar francés	1	0,84
Ir a misa	12	10,08
Pasear	8	6,72
Ir al centro vida	1	0,84
Trabajar	6	5,04
Viajar	6	5,04
Visitar familia y amigos	12	10,08
No contestan	75	**50,0**

Es evidente que, de las actividades que al grupo en estudio le hubiera gustado realizar y que no pudo debido a la pandemia, un mayor porcentaje expresó que, la actividad física como: bailoterapia, gimnasia, caminata y deporte, con un 15,13 %; sin embargo, un 50 % optó por no contestar.

Discusión

Partiendo de la exploración demográfica de la población de personas mayores, es necesario especificar y reconocer sus características, con el objetivo de encontrar

estrategias para crear una base de datos que permita identificar características propias de la población en estudio, directamente relacionadas con su desempeño ocupacional, teniendo en cuenta la edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación laboral anterior y ocupación actual, que permite conocer de manera más personal a las poblaciones e intervenir desde la experiencia de cada una de ellas. En Colombia, una persona es considerada mayor a partir de los 60 años de edad. Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad (Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, 2020).

Una de las características más relevantes encontradas en este estudio fue el sexo de la población, donde se comprobó que existe una mayor cantidad de mujeres, lo que es similar a otros estudios que sustentan la feminización del envejecimiento (Alfonso-García et al., 2021). Otro rasgo demográfico importante es el estado civil, en donde se evidenció que hay una alta prevalencia de casados, lo que se toma como un factor protector para la convivencia, con implicaciones a nivel psicosocial, psicoemocional, psicopolítico, relacional y afectivo (Luengo et al., 2021), ya que la compañía por parte de parejas genera un impacto positivo en la salud psicoemocional del adulto mayor, afectando positivamente el desempeño ocupacional.

En el estudio se evidenció cómo el nivel de estudios influye en la ocupación laboral anterior de las personas mayores, pues hubo mayor prevalencia en el trabajo informal, en donde se encuentra trabajos como: agricultor, artesano, comerciante, modista, lavandera, zapatero y oficios varios. Por ende, esto despierta en ellas el interés de aprender cosas en el futuro, aunque, para algunas, no fue impedimento conseguir un trabajo, por la capacidad de buscar una ocupación o un empleo que genere ingresos e, identificar y seleccionar oportunidades de empleo basadas en sus recursos, sus limitaciones, sus preferencias y sus aversiones (American Occupational Therapy Association,AOTA, 2020).

Debido al tiempo de pandemia por COVID-19, el cual inició en Colombia en marzo de 2020, las personas mayores estaban en mayor riesgo de exposición de contagio, con gran probabilidad de mortalidad y, la prevención era el aislamiento total, generando impacto negativo en los aspectos sociales, culturales y, sobre todo, ocupacionales. Por lo tanto, se observó cómo la ocupación actual más demandante fue atender el hogar. Muchas de las habilidades y capacidades de algunas personas se vieron afectadas porque no podían realizar satisfactoriamente su ocupación, afectando el bienestar físico, mental, social, familiar y productivo (Pinazo-Hernandis, 2020); sin embargo, un porcentaje importante de la población afirma no encontrar ninguna afectación en su actividad productiva durante la pandemia, a pesar de que esta cambió muchas cosas de la vida cotidiana, afectando la manera de vivir, el ocio, hacer deporte, trabajar o interactuar con otros (Osorio-Parraguez et al., 2021).

Conocer los datos sociodemográficos de la población es importante, porque ayuda a determinar un punto de vista más holístico, tomando en cuenta el tema principal que es el desempeño ocupacional, basado en las respuestas de cada uno de los participantes de la investigación, que permitió identificar emociones y sentimientos surgidos desde la experiencia de vida de cada uno. El desempeño ocupacional se puede ver afectado por muchos factores personales o ambientales (Bowen, 2018), pues las personas, al satisfacer sus necesidades sociales, se permiten participar en diversos contextos y, se determinan como ocupacionalmente funcionales (Domínguez-Párraga, 2023).

Para conocer e interpretar si el confinamiento y el aislamiento por pandemia afectaron la ejecución de las AVDI, se aplicó el cuestionario de desempeño creado por Neumann-Collyer et al. (2018). Las AVDI son actividades de mayor complejidad, ya que requieren una interacción con el contexto, lo que hace que su desempeño sea diverso porque depende de las características del ambiente; asimismo, su desarrollo va cambiando en cada ciclo de vida, siendo el envejecimiento, la etapa en la que va disminuyendo su capacidad de ejecución, afectando su efectividad o rendimiento, indicador importante cuando hay alteraciones en la vejez, pues son las primeras que se alteran, antecediendo a las actividades básicas (Echeverría et al., 2021); por ello, la comunidad científica ha denominado a las AVDI como el principal indicador y predictor de salud de personas mayores con relación a la morbilidad, mortalidad, riesgo de institucionalización y necesidad de cuidados (Echeverría et al., 2021).

En el grupo de personas mayores estudiadas, se evidenció que la mayoría son independientes en actividades instrumentales como: cuidado de otros, tenencia de mascotas, crianza de niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, establecimiento y manejo del hogar, preparación de la comida, seguridad y respuesta a emergencia y compras. Sin embargo, se aprecia una excepción en actividades instrumentales como gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, la cual se presenta en un mayor rango de la población con dependencia mínima en su realización, quien considera fundamental la ejecución de estas actividades instrumentales.

Por otra parte, se consideró esencial indagar sobre las actividades realizadas durante el día, en donde se observó que, debido al confinamiento y el aislamiento social, se vio afectado el envejecimiento activo. El término ‘envejecimiento activo’ fue acuñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999); su objetivo fue ampliar la visión de lo que hasta entonces se conocía como envejecimiento saludable, cuyo énfasis quedaba en los factores sociosanitarios y de salud. Por su parte, esta noción de envejecer de forma activa reconoce la influencia de otras variables y confiere a la actividad un papel esencial en las diversas expresiones del envejecimiento (OMS, 2016). Se evidencia que, dentro de las actividades más

realizadas están: descansar o tomar la siesta, hablar por teléfono o celular y, ver televisión; esto actualmente conlleva tener la necesidad de realizar otro tipo de actividades, que favorezcan el bienestar y la calidad de vida (Arenas et al., 2019).

De la misma forma, es importante conocer acerca de las actividades que a las personas mayores les hubiera gustado realizar y no pudieron debido a la pandemia, evidenciando mayor porcentaje en: visitar a la familia y los amigos, ir a misa y, principalmente, desarrollar una actividad física, como: bailoterapia, gimnasia, caminata y deporte, lo cual afectó su participación social, la práctica de la religión, el manejo y mantenimiento de la salud y, su desempeño ocupacional en el envejecimiento activo, razones que dan lugar a la promoción de la actividad física y el uso efectivo del tiempo libre y el ocio, para alcanzar el bienestar de las personas mayores (Anrango-Caicedo et al., 2022).

Por consiguiente, después de efectuar la exploración con la población de adultos mayores, se nota que existen grupos con mayor interacción social durante la pandemia; entre estos se rescata el aumento de la participación social, concretamente en la familia, la cual es definida por la AOTA (2020), como: participar en las actividades que resultan en una interacción exitosa en los roles familiares requeridos y/o deseados.

Eventualmente, desde las actividades que le gustaría realizar en el futuro, se observa con mayor incidencia, el comunicarse con familiares y amigos, evidenciando que el apoyo y la interacción familiar son un factor primordial para las personas mayores; en segundo lugar, la realización de ejercicio, lo cual permite deducir su interés por un envejecimiento activo; sin embargo, según las respuestas, existen algunos factores negativos que impiden que sea así o, simplemente no hay la motivación suficiente para realizarlo. El apoyo familiar y la ejecución de ejercicios tienen mayor incidencia en actividades que les gustaría realizar en el futuro; son dos factores que promueven un envejecimiento activo y saludable (Limón-Mendizábal, 2018).

Es importante tener en cuenta la edad, las habilidades y destrezas que las personas mayores tienen, de acuerdo con el género, la ocupación actual, sus intereses, los cuales deben estar acordes con lo que ellos desean realizar. Igualmente, la motivación por el uso y manejo adecuado de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) (Pires y Titonelli, 2018). Por esto se destaca que, hoy en día, el uso del internet es esencial como medio de información, especialmente en temas de salud de las personas mayores; no solo se trata de tener una mirada desde la parte física, sino también desde la parte mental.

De ahí que, es vital capacitar y formar a las personas mayores en temas relacionados con el uso y manejo de internet, ya que muchas carecen de formación, lo que conlleva un analfabetismo y una brecha digital por la ausencia de habilidades,

conocimientos necesarios y falta de formación para el uso de las TIC (De Benito-Castanedo, 2017). Al decir analfabetos digitales, se hace referencia a "aquellas personas que desarrollan sus actividades personales y profesionales sin vincularse con la tecnología, limitando sus procesos a recursos tradicionales [...] como el lápiz y el papel" (Icaza-Álvarez et al., 2019, p. 399). Por lo tanto, es importante crear programas de capacitación para minimizar esa brecha digital y, facilitar el acceso a las diferentes herramientas virtuales ofrecidas por las plataformas digitales mediante programas y aplicaciones que pueden ser utilizados por las personas mayores para otras actividades (Condeza et al., 2016).

Esto se puede dar porque, las personas mayores a medida que van envejeciendo, van disminuyendo sus capacidades físicas y mentales, entre las cuales puede estar la pérdida progresiva de la visión y la audición y, en otros casos, la parte motora derivada de enfermedades propias de la edad. Esta propuesta va encaminada a que las personas mayores, de acuerdo con su edad, puedan realizar actividades de la vida diaria enfocadas a la práctica de ejercicios que pueden convertirse en un hábito diario a partir de la experiencia de ver tutoriales en YouTube, lo cual es muy frecuente hoy en día. Otro aspecto a tener en cuenta y que hizo parte del proceso de investigación es la participación de las personas mayores en actos religiosos derivados de la conexión a internet, sobre todo en personas que tienen dificultad motora gruesa relacionada con el desplazamiento.

Conclusiones

Sobre la indagación del nivel de desempeño y realización de las AVDI durante la pandemia, se logra inferir su importancia para las personas mayores, aunque se observa una variación de respuestas según el nivel de relevancia y, por ende, la variación en el óptimo desempeño ocupacional de las mismas.

Por otra parte, desde terapia ocupacional se aporta al campo de la seguridad social, dando a conocer los diferentes factores negativos y positivos que pueden influir en el desempeño ocupacional de las personas mayores, no solo con base en factores físicos, sino en factores sociales, ambientales, económicos, personales, emocionales, psicológicos o patológicos, con el fin de fortalecer el proceso de formación profesional en este campo.

Si bien en la actualidad las TIC hacen parte fundamental del envejecimiento activo y, a pesar de que estamos en un mundo globalizado, se pudo evidenciar que existen algunas barreras que pueden tener las personas mayores en el momento de hacer un uso y manejo adecuado de las mismas; entre estas está la parte económica para la compra de equipos de cómputo, celulares u otros dispositivos electrónicos; la falta de internet en algunos hogares y, por último, la falta de conocimiento para manejar y hacer un uso adecuado de las diferentes herramientas tecnológicas que existen en la actualidad y que son de fácil uso.

Las TIC son fundamentales para un envejecimiento activo, puesto que permiten a las personas mayores realizar diferentes actividades desde la casa o desde cualquier lugar sin tener que desplazarse a otros sitios; también, disminuyen costos, evitan el aislamiento y la soledad. Asimismo, permiten no dejar de realizarlas, como sucedió con la emergencia sanitaria derivada del COVID-19, cuando muchas personas mayores dejaron de hacer lo que habitualmente realizaban, de acuerdo con el rol que desempeñaban en cada una de sus facetas durante su ciclo vital.

Referencias

Alfonso-García, M., Pérez, B., Licea-Alfonso, D. M. (2021). Dilemas y desafíos de una población en proceso de envejecimiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 37*(2).

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 74*(2), 1-87. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001

Anrango-Caicedo, G. L., Chamorro-Rojas, G. A., Portillo-Castro, L. M. y Yarce-Pinzón, E. (2022). La autoestima y el apoyo social percibido de un grupo de personas mayores rurales. En E. Yarce-Pinzón (comp.), *Terapia ocupacional en personas mayores. Prácticas investigativas estudiantiles* (pp. 92-116). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.167.c182

Arenas, M. D., Navarro, M., Serrano, E. y Álvarez-Ude, F. (2019). Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Nefrología, Revista de la Sociedad Española de Nefrología, 39*(5), 531-538. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.03.006

Bowen, K. A. (2018). Conociendo la terapia ocupacional enfocada al adulto mayor. *Revista Científica Multidisciplinaria SAPIENTIAE, 1*(2), 2-9.

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (2014). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Concepción-Breton, A., Corrales-Camacho, I., Córdoba, M. E., Acosta-Hernández, M. E., Larancuent-Cueto, O. I. y De La Cruz-Morel, Y. L. (2020). Sondeo de casos en personas mayores sobre actividades cotidianas y utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en tiempos de pandemia. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0, 9*(2), 132-150. https://doi.org/10.37843/rted.v9i2.156

Condeza, A. R., Bastías, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, X., Rojas, R., Gálvez, M. y Fernández, F. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos.info*, (38), 85-104. http://dx.doi.org/10.7764/cdi.38.964

De Benito-Castanedo, J. (2017). Análisis bibliográfico sobre la brecha digital y la alfabetización en nuevas tecnologías. *Revista Electrónica Educare*, 1-10. https://doi.org/10.15359/ree.21-2.9

Domínguez-Párraga, L. G. (2023). Voluntariado senior en pandemia: impacto en la participación social de las personas mayores. *Research on Ageing and Social Policy*, *11*(1), 51-76. https://doi.org/10.17583/rasp.10825

Echeverría, A., Cauas, R., Díaz, B., Sáez, C. y Cárcamo, M. (2021). Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión sistemática. *Revista Médica Clínica Las Condes, 32*(4), 474-490. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.012

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación.

Icaza-Álvarez D. O., Campoverde- Jiménez, G. E., Verdugo-Ormaza, D. y Arias- Reyes, P. D. (2019). El analfabetismo tecnológico o digital. *Polo del Conocimiento, 4*(2), 393-406. https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.922

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2015). Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez 2013-2023 en el departamento de Nariño. https://idsn.gov.co/index.php/noticias/2102-politica-publica-departamental-de-envejecimiento-yvejez-2013-2023-en-el-departamento-de-narino

Limón-Mendizábal, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta, 47*(1), 45-54. https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54

Luengo, C., Ocares, J., Sandoval, P., Santana, T., Vásquez, K. y Morales, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, *32*(4), 216-220.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2020). Promoción de la salud mental en personas adultas mayores en aislamiento preventivo frente al coronavirus (COVID-19). https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS06.pdf

Naranjo-Hernández, Y., Mayor-Walton, S., De la Rivera-García, O. y González-Bernal, R. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, *100*(2).

Neumann-Collyer, V. E., Hernández-Pérez, K. A. y Pohl-Montt, P. G. (2018). Diseño de un instrumento de evaluación de desempeño en actividades de la vida diaria. *Revista de Salud Pública*, *20*(5), 554-559. https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.70909

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). Asamblea mundial de la salud, 52. Envejecimiento activo. https://iris.who.int/handle/10665/84566

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042

Osorio-Parraguez, P., Arteaga, C., Galaz Valderrama, C. y Piper-Shafir, I. (2021). Consecuencias psicosociales de las medidas Covid-19 en mujeres mayores y madres trabajadoras en Chile. *Psicoperspectivas, 20*(3), 30-42. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue3-fulltext-2426

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *55*(5), 249-252. https://doi.org/10.1016%2Fj.regg.2020.05.006

Pires, P. C. y Titonelli, N. A. (2018). Board games: gerotechnology in nursing care practice. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 71(suppl 2), 818-826. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/ DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Rivoir, A., Morales, M. J. y Casamayou, A. (2019). Usos y percepciones de las tecnologías digitales en personas mayores. Limitaciones y beneficios para su calidad de vida. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (36), 295-313. https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-15

Capítulo 2

Relación de factores sociodemográficos y antropométricos con estilos de vida y capacidad funcional en personas mayores de Popayán, Cauca[7]

Elizabeth Roldán González[8]

María Luisa Hurtado Otero[9]

Leila Rosmery Imbachi Meneses[10]

Mary Cielo Vivas Quiñones[11]

Eliana Leyton Luna[12]

Cítese como: Roldán-González, E., Hurtado-Otero, M. L., Imbachi-Meneses, l. R., Vivas-Quiñones, M. C. y Leyton-Luna E. (2024). Relación de factores sociodemográficos y antropométricos con estilos de vida y capacidad funcional en personas mayores de Popayán, Cauca. En E. Yarce-Pinzón (comp), *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* (pp. 29-49). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.c271

Introducción

La población adulta mayor es sumamente importante, dado que se encuentra en su etapa de vejez, la cual, según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015), se suscribe como la última etapa del curso de vida del ser humano, con implicaciones en el estado de salud, influenciado por las características de género,

[7] Capítulo resultado de la investigación titulada *Modelo explicativo del nivel de sedentarismo en el adulto mayor que asiste a los centros vida, Popayán*.

[8] Magíster en Neurorrehabilitación; Magíster en Educación mención en docencia e Investigación Universitaria; Fisioterapeuta. Líder investigadora del grupo FISIOTER de investigaciones sede Popayán, Fundación Universitaria María Cano, Popayán, Colombia.

[9] Fisioterapeuta, integrante del semillero de investigaciones de egresados de la Fundación Universitaria María Cano, Popayán, Colombia.

[10] Magíster en Neurorrehabilitación; Fisioterapeuta. Profesora investigadora de Fisioterapia e integrante del grupo FISIOTER, Fundación Universitaria María Cano, Popayán, Colombia.

[11] Magister en Salud Pública. Especialista en Alta Gerencia. Fisioterapeuta. Abogada. Fisioterapeuta en IPS Rehabilitar. Popayán, Cauca, Colombia.

[12] Médico, Universidad del Cauca. Médico Renacer Ltda., Popayán, Colombia.

vivencias, trasformaciones ocupacionales, entre otros, con múltiples factores de riesgo que afectan la capacidad funcional.

En Colombia, la población mayor de 60 años es, aproximadamente, 7.107.914 personas, correspondiente al 13,92 % del total de la población nacional (Tamayo et al., 2021), con cifras alarmantes de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles, que representan el 80 % de las muertes en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2022), causadas por inadecuados estilos de vida e inactividad física, además de la pérdida de la capacidad funcional por enfermedad cardiovascular o fracturas, lo que disminuye la participación social.

Así, se ha empezado a considerar la importancia de realizar estudios de este tipo, que le permitan al sector salud, desarrollar estrategias para que la población mayor no pierda su espacio (funcional, social y productivo) dentro de sus actividades diarias, dirigidas hacia cambios en los hábitos con acompañamiento, para poder garantizar un impacto adecuado en la población (Paredes et al., 2020). Como manifiestan Zepeda-Gómez et al. (2021), el estilo de vida es la adopción de actitudes y comportamientos de la vida diaria; cuando un adulto mayor quiere mejorar su estado de salud, debe adoptar actitudes y comportamientos saludables. La actividad física es, intrínsecamente, una estrategia hacia un estilo de vida saludable (EVS), a través de una serie de actividades estructuradas, al aire libre, dinámicas, que tienen como objetivo, formar una vida físicamente activa (Galdames et al., 2019).

Desde la OMS (2022) se plantea reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades, a través de la acción colectiva en cuanto a: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con relación a la edad y desarrollar las comunidades de forma que se fomente las capacidades de las personas mayores; prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en las personas mayores. Para poder lograr esta meta se requiere efectuar investigaciones en esta población, identificando factores de riesgo, pérdida de funcionalidad y estilos de vida, por lo cual este estudio planteó identificar la relación de estilos de vida y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a los centros vida de la ciudad de Popayán, Cauca.

Materiales y métodos

La investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, no experimental y de corte transversal de tipo descriptivo, tomando como muestra un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia a 300 personas mayores de 60 años que asisten a los centros vida del municipio de Popayán, según registro de la Secretaría de Salud Municipal. Una vez contactado el adulto mayor, de manera personalizada se le apoyó para el diligenciamiento del consentimiento informado, la entrevista sociodemográfica, el cuestionario de aptitud para la actividad física (C-AAF) y las

preguntas sobre práctica de actividad física; finalmente, se evaluó a cada uno con un examen físico (antropometría y signos vitales) y, se aplicó el *Senior Fitness Test* para evaluar su condición física. Al concluir la aplicación de las pruebas de valoración, las personas mayores fueron informadas sobre los resultados encontrados.

Como criterios de inclusión, se estableció que los participantes fueran mayores de 60 años, con asistencia a las actividades de los Centro Vida de la ciudad de Popayán, Casa del Abuelo Norte o, Casa del Abuelo Sur, durante el periodo del estudio, con participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado, con condiciones físicas aptas para la prueba física, no haber consumido licor u otra sustancia psicoactiva y/o trasnochado el día anterior a la prueba, no haber realizado ninguna actividad física vigorosa antes de la prueba y no haber tenido crisis hipertensivas o de otro tipo en los últimos 15 días. Para los criterios de exclusión, no se vinculó a aquellas personas que presentaran una patología o enfermedad de base o grado de discapacidad que impidiera la prueba, diligenciamiento incompleto de los instrumentos o, el retiro voluntario antes de finalizar las pruebas.

Análisis estadístico. La información fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 21,0. Se hizo un análisis univariado y bivariado de diferentes variables, mediante el cual se identificó frecuencias y relaciones, utilizando pruebas de significancia estadística como la prueba de Chi-cuadrado (X^2) y la t de student, así como la prueba estadística paramétrica Anova para identificar diferencias significativas (comparando las medias) en los casos que las variables/grupos ameritaban.

Consideraciones éticas. En consonancia con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (1993), en cuanto a que, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (artículo 5) el presente estudio siguió los protocolos que aseguran la confidencialidad de la información, la seguridad e integridad física y mental de los participantes, fue aprobado por el Comité de investigaciones y el Comité de ética de la Fundación Universitaria María Cano y se catalogó como investigación con riesgo mínimo (artículo 11). La información se utilizó solo para fines investigativos, respetando los derechos de autor mediante las referencias del material científico y no científico consultado.

Resultados

La investigación se desarrolló con un total de 300 adultos mayores asistentes a programas de la Alcaldía de la ciudad de Popayán, Cauca. A continuación, se describe los resultados obtenidos dentro de la investigación.

Tabla 1

Relación de los factores sociodemográficos y los estilos de vida de las personas mayores

Edad	Total Instrumento FANTÁSTICO						X^2
	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	
60-64	6	2,0	44	14,7	13	4,3	
65-69	12	4,0	43	14,3	9	3,0	
70-74	8	2,7	49	16,3	6	2,0	
75-79	8	2,7	37	12,3	6	2,0	
80-84	7	2,3	22	7,3	5	1,7	,539
85-89	3	1,0	10	3,3	4	1,3	
90-94	3	1,0	4	1,3	0	,0	
>95	0	,0	1	,3	0	,0	
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Sexo							
Femenino	37	18	135	65,9	33	16,1	
Masculino	10	10,5	75	78,9	10	10,5	,069
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Ocupación							
Empleado	1	3	5	1,7	0	,0	
Pensionado	0	,0	1	,3	1	,3	
Ama de casa	28	9,3	101	33,7	21	7,0	
Trabajo informal	3	1,0	2	,7	2	,7	,130
Desempleado	15	5,0	101	33,7	19	6,3	
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Estrato							
Uno	23	7,7	101	33,7	23	7,7	
Dos	18	6,0	100	33,3	19	6,3	
Tres	6	2,0	9	3,0	1	,3	,136
Total	47	15,7	10	70,0	43	14,3	
Nivel educativo							
Ninguno	18	6.0	87	29,0	19	6,3	
Básica primaria	28	9,3	121	40,3	24	8,0	
Bachillerato	1	,3	2	,7	0	,0	,865
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	

* Para todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significación de p<0,05

La Tabla 1 indica que las personas mayores con edades entre 70 y 74 años reportaron una calificación buena de su estilo de vida (16,3 %). Entre tanto, el 14,3 % indicó un estilo de vida regular. Al comparar la edad de los adultos con el estilo de vida, no se encontró diferencias significativas (p>0,05). Con respecto al sexo, el 65,9 % de las mujeres y el 78,9 % de los hombres, al compararse con el estilo de vida, no evidenció diferencias significativas. En cuanto a la ocupación, el 33,7 % de las personas mayores se dedican a las labores del hogar y, en igual proporción, aquellas que estaban desempleadas, manifestaron una calificación buena en su estilo de vida; no hubo diferencias significativas, al igual que el factor socioeconómico y el nivel de estudio, lo cual indica que los estilos de vida y estas variables no están directamente relacionados.

Sin embargo, cabe aclarar que estas respuestas fueron basadas dentro de la percepción del adulto mayor, pero si se observa la tabla de datos univariados de características socioeconómicas, se identifica que existe un factor que preocupa y/o incomoda a esta población.

Tabla 2

Características socioeconómicas de las personas mayores del municipio de Popayán, 2015.

Percepción de situación económica	**n**	**%**
Excelente	3	1,0
Buena	43	14,3
Regular	182	60,7*
Mala	72	24,0
Total	300	100,0
Depende económica de alguien		
Sí	220	73,3*
No	80	26,7
Total	300	100,0
De quién depende		
Familia	189	63,0*
Subsidio	110	36,7
Parientes	1	,3
Total	300	100,0
Tiene trabajo		
No	289	96,3*
Sí	11	3,7
Total	300	100,0

Es evidente que el 60,7 % de las personas mayores percibe su situación económica actual como regular; se señala que, sus ingresos descienden a medida que aumentan los años, pues muchos no se encuentran laborando, a pesar de mantenerse activos en ocupaciones que no siempre implican remuneración económica, como ayudar a mantener sus hogares o el cuidado de niños/as del núcleo familiar. En conformidad, el 73,3 % indica que depende económicamente de alguien; en el 63 % de los casos, de alguien de su grupo familiar y, el 3,7 % afirma que se encuentra en el ámbito laboral.

Tabla 3

Distribución de la participación en grupos sociales y los estilos de vida de las personas mayores.

Participa	Estilo de vida								
	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	X^2	Phi	V
Sí	43	14,3	140	46,7	15	5,0			
No	4	1,3	70	23,3	28	9,3	,0	,0	,0
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3			

El 46,7 % de los adultos que participan en alguna organización social manifiestan un buen estilo de vida, mientras que el 9,3 % no hacen parte de un grupo social y evdiencian un regular estilo de vida. Al comparar la participación social con el estilo de vida, se halló diferencias significativas ($p<0,00$), indicando que la participación social activa está relacionada con un muy buen o buen estilo de vida, lo que invita a desarrollar estrategias para el envejecimiento y vejez saludable. Al realizar las pruebas estadísticas Phi y V Cramer se encuentra asociación entre las variables y niveles de dependencia leve.

Tabla 4

Distribución de la práctica de actividad física y los estilos de vida de las personas mayores

Realiza actividad física	Estilo de vida								
	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	X2	Phi	V
Sí	34	26,6	90	70,3	4	3,1			
No	13	7,6	120	69,8	39	22,7	,0	,0	,0
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3			

Según la Tabla 4, el 70 % de las personas mayores que practican actividad física manifiestan un buen estilo de vida, en contraste con el 69,8 % de los inactivos. Es preocupante observar que el 57,3 % de adultos mayores no practica actividad física, aun cuando asisten a organizaciones sociales donde se estimula la práctica física para promocionar la salud de esta población. Al comparar la práctica de actividad física con el estilo de vida se encontró diferencias significativas (p<0,00), indicando que practicar actividad física está relacionado directamente con un buen estilo de vida satisfactorio.

Tabla 5

Distribución de las limitaciones físicas y los estilos de vida de las personas mayores

Limitación	**Estilo de vida**						
Usar brazo o manos	**Muy Bueno**	**%**	**Bueno**	**%**	**Regular**	**%**	**X2**
Sí	5	1,7	8	2,7	4	1,3	
No	42	14,0	202	67,3	39	13,0	,101
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Ver, a pesar de usar lentes o gafas							
Sí	31	10,3	148	49,3	23	7,7	
No	16	5,3	62	20,7	20	6,7	,094
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones para oír, a pesar de usar audífonos							
Sí	15	5,0	83	27,7	12	4,0	
No	32	10,7	127	42,3	31	10,3	,70
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones para hablar							
Sí	,0	,0	5	1,7	,0	,0	
No	47	15,7	205	68,3	43	14,3	,336
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	

Limitaciones permanentes para entender o aprender							
Sí	4	1,3	3	1,0	,0	,0	
No	43	14,3	207	69,0	43	14,3	,08
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones permanentes para relacionarse con otros por problemas mentales o emocionales							
Sí	1	,3	5	1,7	3	1,0	
No	46	15,3	205	68,3	40	13,3	,255
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones para recordar cosas importantes							
Sí	11	3,7	51	17,0	6	2,0	
No	36	12,0	159	53,0	37	12,3	,334
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones permanentes para bañarse, vestirse y alimentarse solo							
Sí	,0	,0	1	0,3	,0	,0	
No	47	15,7	209	69,7	43	14,3	,807
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	
Limitaciones permanentes para otra limitación							
Sí	,0	,0	3	1,0	,0	,0	
No	47	15,7	207	69,0	43	14,3	,522
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3	

Se observa que son muy pocas las limitaciones presentes entre las personas mayores en estudio; las principales son: no ver, a pesar de usar lentes y recordar cosas importantes; sin embargo, las personas mayores que las padecen manifiestan un buen estilo de vida (49,3 % y 17 %, respectivamente). Al comparar las limitaciones físicas de los adultos con el estilo de vida, no se apreció diferencias significativas ($p>0,05$), debido a que solo el 12 % de la muestra presenta alguna limitación física, lo cual resulta muy reducido para ser comparado.

Tabla 6

Distribución de las características antropométricas y los estilos de vida de las personas mayores

	Muy Bueno	%	Bueno	%	Regular	%	X2	Phi	V
Índice cintura cadera hombres									
Bajo	1	,3	23	7,7	2	,7	,145		
Moderado	7	2,3	37	12,3	5	1,7			
Alto	1	,3	5	1,7	3	1,0			
Muy alto	1	,3	10	3,3	0	,0			
Índice cintura cadera mujeres									
Bajo	0	,0	4	50	4	50	,009*	,016	,009
Moderado	4	10	30	75	6	15			
Alto	33	21	101	64,3	23	14,6			
Índice de masa corporal									
Bajo peso	1	,3	9	3,0	1	,3	,023*	,004	,002
Normal	27	9,0	92	30,7	20	6,7			
Sobrepeso	17	5,7	77	25,7	15	5,0			
Obesidad 1	2	,7	23	7,7	5	1,7			
Obesidad 2	0	,0	9	3,0	2	,7			
Total	47	15,7	210	70,0	43	14,3			

Se evidenció que los hombres mayores con moderado índice en cintura y cadera mostraron un buen estilo de vida (12,3 %) y, las mujeres con un moderado índice de cintura cadera, evidenciaron buen y regular estilo de vida (75,0 % y 15 %); de aquellas con un alto índice de cintura cadera, el 64,3 % muestra un buen estilo de vida y el 14,6 % uno regular. Al comparar estas dos variables, no se dio diferencias significativas para los hombres, pero sí en las mujeres ($p<0,009$); es decir, que en el índice de cintura cadera se relaciona con el estilo de vida en esta población, indicando que un alto índice señala un mayor riesgo cardiovascular; por ende, se identifica que son personas con un regular estilo de vida. Entre tanto, la población con un índice de masa corporal en los rangos normales evidenció muy bien y buen estilo de vida (9 % y 30,7 %, respectivamente). Al comparar estas dos variables, se notó diferencias significativas ($p<0,023$); esto es, que el IMC se relaciona positivamente con un estilo de vida satisfactorio en esta población, pues una condición nutricional adecuada se refleja en un buen estilo de vida. Para confirmar esta relación, las pruebas estadísticas Phi y V Cramer indican que se encuentra asociación entre las variables y niveles de dependencia leve debido a su cercanía a 0.

Tabla 7

Distribución de la edad de las personas mayores y las dimensiones de la capacidad funcional (Senior Fitness Test)

Dimensión capacidad funcional	MTC	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>95	*p (Anova)
Sentarse/ levantarse	Media	14,08	14,77	13,92	14,27	15,53	12,41	12,86	14,0	,498
	Desv. típ.	4,386	6,346	5,846	3,395	3,378	2,551	3,436	1	
Flexiones codo	Media	18,25	20,09	18,67	18,08	19,91	16,0	19,0	19,0	0,20
	Desv. típ.	4,765	8,029	5,924	4,707	4,323	3,518	5,132	1	
Minutos marcha	Media	83,38	84,75	82,32	78,65	80,03	67,94	76,29	62,0	,568
	Desv. típ.	27,774	29,093	34,680	26,072	29,019	29,742	32,066	1	
Flexión del tronco	Media	-4,70	-3,06	-5,21	-,53	-2,68	-8,81	3,71	-5,0	,40
	Desv. típ.	11,798	9,565	11,454	7,938	5,505	11,906	11,912	1	
Flexibilidad hombros	Media	-11,41	-8,94	-11,21	-7,22	-9,82	-13,41	5,00	-26,0	,318
	Desv. típ.	14,704	13,317	17,153	24,204	15,885	24,024	31,470	1	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	6,45	5,81	7,35	6,12	6,61	7,62	8,86	7,0	0,05
	Desv. típ.	1,925	2,085	4,855	2,177	2,153	3,507	11,061	1	

De acuerdo con la Tabla 7, al comparar las dimensiones de la capacidad funcional con la edad de las personas mayores, la prueba Anova indicó que existen diferencias significativas por edad con la dimensión 'Levantarse, caminar y sentarse'; por lo tanto, la edad en dicha muestra es una variable que influye en la agilidad y el equilibrio dinámico, donde el rango de 65 a 69 años presentó los menores tiempos de evaluación, mostrando mayor agilidad y equilibro, mientras que los grupos subsiguientes mostraron una pérdida paulatina de la agilidad y el equilibro, considerando mayores medias en tiempo, que se vio acentuada sobre todo en el grupo de 90 a 94 años.

Tabla 8

Distribución del sexo de las personas mayores y las dimensiones de la capacidad funcional (Senior Fitness Test)

Dimensión capacidad funcional	MTC	Hombre	Mujer	*p Anova
Sentarse/levantarse	Media	14,34	14,23	,066
	Desv. Típ.	5,536	4,563	
Flexiones codo	Media	19,26	18,56	,330
	Desv. Típ.	6,301	5,553	
Minutos marcha	Media	82,02	80,75	,731
	Desv. Típ.	31,453	28,851	
Flexión del tronco	Media	-3,44	-3,54	,935
	Desv. Típ.	10,149	10,322	
Flexibilidad hombros	Media	-11,05	-8,11	,038
	Desv. Típ.	20,875	16,735	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,01	6,39	,139
	Desv. Típ.	4,732	2,523	

Al comparar las dimensiones de la capacidad funcional con el sexo de las personas mayores, la prueba t de Student indicó que existen diferencias significativas por sexo con la dimensión 'Flexibilidad de hombros'; por lo tanto, el sexo en dicha muestra es una variable que influye en la flexibilidad del tren superior, en especial en hombros, donde las mujeres presentaron medidas menores de distancia negativa que los hombres, mostrando mayor flexibilidad en esta articulación. También se encontró una leve significancia con las pruebas de fuerza de tren inferior por sexo; aunque ambas poblaciones muestran igual número de repeticiones, en las mujeres se presenta menor dispersión que en los hombres (±5,536 hombres y 4,563 mujeres), indicando mayor homogeneidad al realizar la prueba entre ellas.

Tabla 9

Distribución de las limitaciones físicas presentes en las personas mayores y las dimensiones de la capacidad funcional (Senior Fitness Test)

Dimensión capacidad funcional	Moverse o caminar			
	MTC	Sí	No	*p Prueba t
Sentarse/levantarse	Media	14,41	14,25	,865
	Desv. típ.	6,378	4,710	
Flexiones codo	Media	20,10	18,64	,198
	Desv. típ.	6,878	5,668	
Minutos marcha	Media	80,41	72,30	,040
	Desv. típ.	33,620	29,031	
Flexión del tronco	Media	-5,96	-3,26	,201
	Desv. típ.	10,641	10,196	
Flexibilidad hombros	Media	-15,90	-9,06	,375
	Desv. típ.	12,445	18,543	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,12	6,53	,054
	Desv. típ.	2,677	3,453	
Dimensión capacidad funcional	**Ver, a pesar de usar lentes**			
	MTC	**Sí**	**No**	***p Prueba t**
Sentarse/levantarse	Media	14,11	14,58	,437
	Desv. típ.	4,682	5,284	
Flexiones codo	Media	18,79	18,78	,987
	Desv. típ.	5,811	5,804	
Minutos marcha	Media	82,45	78,49	,279
	Desv. típ.	27,558	33,556	
Flexión del tronco	Media	-5,78	1,18	,060
	Desv. típ.	10,813	6,970	
Flexibilidad hombros	Media	-13,38	-2,22	,087
	Desv. típ.	15,980	19,995	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,03	5,67	,061
	Desv. típ.	3,119	3,732	
Dimensión capacidad funcional	**Oír, a pesar de usar audífonos**			
	MTC	**Sí**	**No**	***p Prueba t**
Sentarse/levantarse	Media	13,89	14,48	,311
	Desv. típ.	4,506	5,087	

Flexiones codo	Media	18,16	19,14	,159
	Desv. típ.	5,545	5,926	
Minutos marcha	Media	76,25	83,99	,079
	Desv. típ.	28,590	29,960	
Flexión del tronco	Media	-5,44	-2,36	,096
	Desv. típ.	11,666	9,149	
Flexibilidad hombros	Media	-13,66	-7,43	,814
	Desv. típ.	18,022	17,858	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,17	6,25	,722
	Desv. típ.	3,597	3,219	
Dimensión capacidad funcional	**Recordar cosas**			
	MTC	**Sí**	**No**	***p Prueba t**
Sentarse/levantarse	Media	14,18	14,29	,863
	Desv. típ.	3,745	5,176	
Flexiones codo	Media	17,78	19,08	,105
	Desv. típ.	4,772	6,045	
Minutos marcha	Media	84,46	80,19	,297
	Desv. típ.	22,890	31,337	
Flexión del tronco	Media	-6,15	-2,75	,021
	Desv. típ.	8,039	10,701	
Flexibilidad hombros	Media	-17,53	-7,43	,452
	Desv. típ.	11,498	19,092	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,86	6,22	,065
	Desv. típ.	3,653	3,217	

En la comparación de las dimensiones de la capacidad funcional con las limitaciones físicas de las personas mayores, la prueba t de Student indicó que existen diferencias significativas entre estas variables, limitación para moverse y caminar y, las dimensiones 'Minutos marcha' y 'Levantarse, caminar, sentarse'; también, limitación en recordar cosas y, la flexión del tronco. Es decir que, en estas limitaciones los valores medios de la evaluación son más notables que las medidas de las personas mayores que no las sufren, razón por la cual se puede afirmar que esta variable afecta su capacidad funcional, dificultando la capacidad aeróbica, la agilidad y el equilibrio dinámico y, la flexibilidad del tren inferior.

Tabla 10

Distribución de la actividad física intensa de las personas mayores y las dimensiones de la capacidad funcional (Senior Fitness Test)

Dimensión capacidad funcional	MTC	< 1 vez semanal	1-2 veces semanal	3 veces semanal	4 veces semanal	5 o más veces por semana	*p Anova
Sentarse/ levantarse	Media	13,66	14,50	16,70	13,75	15,07	,088
	Desv. típ.	4,719	4,506	4,968	9,605	4,866	
Flexiones codo	Media	17,53	17,50	21,70	19,50	20,67	,000
	Desv. típ.	5,354	4,370	9,310	3,000	5,738	
Minutos marcha	Media	80,41	71,50	72,10	81,50	83,83	,643
	Desv. típ.	28,396	19,796	24,424	18,592	32,859	
Flexión del tronco	Media	-5,64	-3,80	-,89	-2,50	,04	,001
	Desv. típ.	11,431	13,719	5,776	5,000	6,839	
Flexibilidad hombros	Media	-12,01	-6,67	-3,90	-5,00	-6,80	,137
	Desv. típ.	15,673	18,370	19,570	13,687	21,435	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	7,01	8,05	5,76	5,55	5,96	,048
	Desv. típ.	3,288	2,342	2,785	3,729	3,537	

Según lo que indica la Tabla 10, al comparar las dimensiones de la capacidad funcional con la actividad física en las personas mayores, la prueba Anova indicó que existen diferencias significativas entre las dimensiones 'Flexiones de codo', 'Flexión del tronco' y 'Levantarse, caminar, sentarse'. Esto significa que, quienes realizan actividad física tres veces por semana y cinco o más veces, lograron el mayor promedio de repeticiones en el lapso destinado para esta prueba, indicando mayor fuerza del tren superior, mostrando que una mayor intensidad en la práctica de actividad física ayuda a fortalecer la musculatura extensora del pecho y brazos. Similarmente ocurre con la dimensión 'Flexión de tronco', pues quienes practican cinco o más veces actividad física por semana, han logrado un promedio positivo en la distancia, indicando mayor flexibilidad del tren inferior, que quienes practican actividad menos de una vez por semana. En la dimensión 'Levantarse, caminar, sentarse', igualmente, quienes practican actividad física al menos cuatro veces por semana, evidenciaron menores promedios de tiempo en la prueba, lo cual muestra una mayor agilidad y equilibrio dinámico en esta población.

Tabla 11

Relación del puntaje del estilo de vida de las personas mayores y las dimensiones de la capacidad funcional (Senior Fitness Test)

Dimensión capacidad funcional	MTC	Muy bueno	Bueno	Regular	*p Anova
Sentarse/levantarse	Media	14,87	14,19	13,98	,631
	Desv. típ.	4,480	4,868	5,414	
Flexiones codo	Media	20,26	18,52	18,44	,166
	Desv. típ.	7,054	5,552	5,351	
Minutos marcha	Media	84,13	81,54	76,00	,406
	Desv. típ.	30,493	28,024	35,991	
Flexión del tronco	Media	-1,48	-3,69	-4,88	,285
	Desv. típ.	6,200	10,740	11,241	
Flexibilidad hombros	Media	-3,49	-10,38	-13,45	,022
	Desv. típ.	20,182	18,142	13,999	
Levantarse, caminar, sentarse	Media	4,06	6,48	7,72	,044
	Desv. típ.	4,551	2,555	4,977	

Respecto a la comparación de las dimensiones de la capacidad funcional con la clasificación del estilo de vida a través del test FANTÁSTICO, la prueba Anova indicó diferencias significativas entre esta variable y las dimensiones del test de condición física: 'Flexibilidad de hombros' y 'Levantarse caminar y sentarse'; de

esta forma, se puso en manifiesto que las personas mayores con muy buen estilo de vida presentaron menor distancia negativa que las personas mayores con regular estilo de vida, mostrando mayor flexibilidad en esta articulación. Situación similar en la dimensión 'Levantarse, caminar y sentarse', que pone en evidencia que el estilo de vida es una variable que influye notoriamente, pues los adultos mayores presentaron los menores tiempos de evaluación, con mayor agilidad y equilibro, que aquellos con regular estilo de vida.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar la relación de los estilos de vida y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten a los centros vida de Popayán. Dentro de los hallazgos significativos están los estilos de vida y la participación social, los cuales influyen positivamente. Se ha hablado sobre el aislamiento que el adulto mayor puede tener ante participaciones sociales e, incluso, se puede ver en eventos familiares, la pérdida de sus capacidades funcionales, lo que atrae múltiples afectaciones a nivel socio afectivo.

Teniendo en cuenta lo que implicó la pandemia por COVID-19, se debe pensar en cómo ese periodo afectó a la población adulta mayor, en diferentes aspectos, como: mantenerse conectado en tiempo y espacio, lo cual estimula los sistemas sensoriales, la autoestima, la afectividad, el apoyo emocional y psicológico (Sepúlveda et al., 2018). Dentro de este periodo se vio afectado, como lo reporta Lucas-Pinilla (2022), un aumento de la depresión y de la ansiedad, provocado por la pérdida y los cambios en las relaciones sociales y familiares; en el caso del adulto mayor, esto fue un factor impactante puesto que, según Bernier et al. (2020), la participación social es un factor protector que disminuye el deseo de suicidio de las personas mayores; esto puede ser explicado por los efectos antidepresivos de la participación social; y es que, el adulto mayor en este tipo de participaciones realiza múltiples actividades que incluyen actividad física; en ocasiones, recibe apoyo externo con capacitaciones sobre estilos de vida y cómo evitar algunas complicaciones a nivel de salud.

Según lo reportado por Sepúlveda-Loyola et al. (2020), la participación social en el adulto mayor es fundamental e influye en varios aspectos que se debería evaluar desde la clínica e, incluirla como un método de precaución en esta población. Pese a que se lleva dos años desde que se inició la 'nueva normalidad' con protocolos de bioseguridad, aún se identifica en este grupo poblacional, la pérdida del interés por algunas actividades que quizás antes de la pandemia eran muy normales de realizar, como reunirse en grupos para hacer actividades recreativas o actividad física.

Ahora bien, la actividad física se ve directamente relacionada con buenos estilos de vida y una buena capacidad funcional de quienes la practican. En este estudio se evidenció alta significancia estadística (p<0,05) en cuanto a mayor actividad física, capacidad funcional, mayor agilidad y equilibrio dinámico en el adulto mayor, lo cual está en consonancia con el estudio de Duque-Fernández et al. (2020), quienes reportan que el envejecimiento, asociado a una buena ejecución de actividad física, brinda beneficios a la capacidad funcional. Por su parte, Zepeda-Gómez et al. (2021) sostienen que, el envejecimiento saludable con actividad física acumulada en los programas de autoeficacia y estilo de vida, demuestra un mejoramiento en las diferentes áreas del comportamiento en el adulto mayor. Tanto es así que, los diferentes programas para la prevención y promoción dirigidos al adulto mayor, se están encaminando adecuadamente para lograr un impacto positivo en esta población y lograr captar mayor número de participantes, disminuyendo resultados como los encontrados en este estudio, donde se habla de que quienes no realizan ningún tipo de actividad física representan una gran cantidad de la población estudio, con una significancia estadística de (p<0,00).

Bajo este entendimiento, se puede hablar sobre la necesidad de plantear programas de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de salud y evitar su deterioro. Entre los múltiples beneficios para la población con este tipo de actividades, está: mejorar su composición corporal, evitando dificultades de salud relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles. Los hallazgos de este estudio permiten determinar que las características antropométricas son directamente proporcionales a una buena condición y funcionalidad del adulto mayor, disminuyendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares, lo cual concuerda con Hernández et al. (2018), quienes afirman que la obesidad abdominal, así como las enfermedades no transmisibles asociadas son, en gran parte, prevenibles. En este sentido, el empleo del Índice Cintura Cadera (ICC) en la evaluación de rutina de los pacientes, puede alertar acerca del aumento de la grasa abdominal y de la necesidad de tomar medidas en pro de disminuir esta condición.

Según Groenewegen et al. (2020), la carga global de insuficiencia cardiaca mundial tiene una prevalencia que oscila entre el 1 y el 4 % de la población adulta: en América Latina 1,2- 2,1 %, entre otros, con incrementos hasta del 10 % en la década de los 80. Es más frecuente la falla cardiaca con fracción de eyección preservada, como evidenciaron Gómez-Mesa et al. (2021), quienes encontraron comorbilidades más frecuentes en el adulto mayor, registrando las falla cardiaca en la edad promedio de la población de 69 años, tomando como la más común, la hipertensión arterial (HTA) (72,04 %), enfermedad coronaria (28,08 %), dislipidemia (25,74 %), diabetes mellitus tipo 2 (24,66 %), fibrilación auricular (22,28 %), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (17,54 %), insuficiencia renal (17,26 %) y, valvulopatía (17,06 %). Por lo anterior, Cabrera et al. (2022) determinan

que se debe adquirir mayor conocimiento de las características e intensificar las estrategias de intervención del paciente adulto mayor, en el contexto de múltiples condiciones crónicas, síndromes geriátricos, estado funcional y determinantes sociales de salud, lo cual permite una mejor aproximación a un manejo adecuado con impacto en la morbimortalidad, calidad de vida y costos de atención.

Sin embargo, existen factores que pueden influir significativamente para que esta población evite realizar actividad física, como las que se observó en este estudio, en cuanto a los limitantes físicos para moverse, caminar, marchar, levantarse, sentarse, recoger cosas con flexión del tronco; es decir, en estas limitaciones los valores medios de la evaluación son mayores que las medidas de las personas mayores; por ende, estas pierden capacidad funcional, deteriorando todos los aspectos que se ha mencionado hasta el momento en sus vidas. Enríquez et al. (2022) realizaron un metaanálisis sobre la calidad de vida y el equilibrio en adultos mayores, demostrando que el trabajo con esta población puede potenciar el equilibrio y disminuir el riesgo de caídas. La combinación de ejercicios de fuerza, equilibrio, aeróbicos y estiramientos, efectuados al menos dos veces por semana durante un mínimo de ocho semanas, mostró beneficios para ganar funcionalidad.

Es decir, se aprecia que, la relación de los estilos de vida y la capacidad funcional en el adulto están ligadas y son proporcionales, pero, una de las cosas que permite una adecuada funcionalidad está dentro de la realización de actividad física, como afirman Tarpuk et al. (2020): la actividad física y recreativa es un medio para mantenerse activo, saludable y contento; es significativa y va creciendo con el pasar del tiempo, debido a su vulnerabilidad; además, ayuda a prevenir enfermedades no transmisibles y, alarga el periodo de vida con la medicina preventiva. Según Fuertes (2023), una buena calidad de vida en las personas mayores es determinada, en gran medida, por los niveles de actividad física que realizan periódicamente, lo cual se convierte con el pasar del tiempo, en un hábito saludable; por tanto, la inactividad física fomenta malos hábitos y es perjudicial para la salud.

Según lo evidenciado en esta investigación, es necesario mantener a la población activa e impulsar a quienes aún se encuentran en el sedentarismo y con inadecuados hábitos, a ganar interés en programas de promoción y prevención, lo cual indica que, hasta el momento, es una estrategia adecuada para la población estudio, como lo manifiestan Puello-Alcocer et al. (2017), con un programa de prevención y autocuidado con el que se logró mitigar las limitaciones funcionales de una dependencia moderada, hasta alcanzar la independencia, con un importante beneficio en la autonomía de los sujetos mayores atendidos.

Conclusiones

La relación entre los estilos de vida y la capacidad funcional de las personas mayores participantes en el estudio es proporcional: mientras realicen actividades que impliquen estar activos tanto social como físicamente y que estas sean incluidas de forma continua en su diario vivir, mayores beneficiosos traerá para ellas, mejorando su calidad de vida y desempeño, evitando muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles que, como ya se mencionó, se dan en un alto porcentaje, específicamente las cardiovasculares. En el caso de ser sobreviviente, quita años potenciales de funcionalidad, reduciendo a la persona a serias complicaciones, restringiendo su independencia y vitalidad.

Para disminuir el impacto tan fuerte que pueden traer los inadecuados estilos de vida y pérdida de la capacidad funcional, debe realizarse programas que estén pensados en esta población como tal, permitiendo la mayor adherencia posible, disminuyendo cifras impactantes de adultos mayores con pérdida de funcionalidad, entrando en estados de angustia y depresión por su estado o, en el peor de los casos, pérdida de la vida. Uno de los puntos a favor de los programas es que pueden ser dirigidos multidisciplinariamente, donde es posible exponer varios puntos de vista sobre las necesidades de esta población, llevando un registro de su progreso, lo que permite identificar las estrategias más adecuadas para mantener a la población interesada y, claro está, en las mejores condiciones.

Referencias

Bernier, S., Lapierre, S., & Desjardins, S. (2020). Social interactions among older adults who wish for death. *Clinical Gerontologist, 43*(1), 4-16. https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1672846

Cabrera, D. P., Montes-Zabala, L. y Rodríguez-Guerrero, N. I. (2022). Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en el adulto mayor. *Revista Colombiana de Cardiología, 29*(3), 3-8.

Duque-Fernández, L. M., Ornelas-Contreras, M. y Benavides-Pando, E. V. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. *Psicología y Salud*, *30*(1), 45-57. https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2617

Enríquez, Y., Pizarro, R. y Ugarriza, L. (2022). Ejercicios multicomponente sobre la calidad de vida y el equilibrio en adultos mayores: Revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia, 44*(6), 360-370. https://doi.org/10.1016/j.ft.2021.12.003

Fuertes, J. (2023). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor: revisión sistemática. *GADE, Revista Científica*, *3*(1), 55-71.

Galdames, S., Jamet, P., Bonilla, A., Quintero, F. y Rojas, V. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia la Promoción de la Salud, 24*(1), 28-43. https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.4

Gómez-Mesa, J. E., Saldarriaga-Giraldo, C. I., Echeverría-Correa, L. E. y Luna-Bonilla, P. (2021). Registro colombiano de falla cardiaca (RECOLFACA): resultados. *Revista Colombiana de Cardiología*, *28*(4), 334-344. https://doi.org/10.24875/rccar.m21000063

Groenewegen, A., Rutten, F. H., Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2020). Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure, 22*(8), 1342-1356. https://doi.org/10.1002%2Fejhf.1858

Hernández, J., Moncada, O. M. y Domínguez, Y. A. (2018). Utilidad del índice cintura/cadera en la detección del riesgo cardiometabólico en individuos sobrepesos y obesos. *Revista Cubana de Endocrinología*, *29*(2).

Lucas-Pinilla, J. (2022). *Revisión bibliográfica: consecuencias del confinamiento por Covid-19 en los hábitos y actividad física de adultos con sobrepeso u obesidad* [Tesis de Pregrado, Universidad Miguel Hernández]. https://hdl.handle.net/11000/28179

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Envejecimiento y salud. http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Enfermedades no transmisibles. https://iris.paho.org/handle/10665.2/56037

Paredes, Y. V., Yarce, E., Aguirre, D. C. y Paredes, V. Y. (2020). *Factores multidimensionales de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño*. Editorial UNIMAR.

Puello-Alcocer, E. C., Amador-Ahumada, C. y Ortega-Montes, J. E. (2017). Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. *Universidad y Salud*, *19*(2), 152-162. https://doi.org/10.22267/rus.171902.78

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Sepúlveda, W., Camillo, C. A., Valenzuela, C., & Probst, V. S. (2018). Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation. *Geriatrics & Gerontology International*, *18*(2), 216-223. https://doi.org/10.1111/ggi.13167

Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos, R., Tricanico, R. P., & Probst, V. S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37*(2), 341-349. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518

Tamayo, F. J., Baracaldo, L. I., Valencia, S. L., Ortega, D. y Giraldo, M. M. (2021). Índice de envejecimiento activo en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015). *Revista Panamericana de Salud Pública, 45.* https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.69

Tarpuk, E., Cáceres, C., Ambato, N. y Campos, C. G. (2020). Actividad física, recreativa y cultural, alternativa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores rurales. *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, (62), 90-105.

Zepeda-Gómez, B. G., Castro, R. y Hernández J. A. (2021). Autoeficacia, estilo de vida y calidad de vida en adultos mayores. Una revisión literaria. *Actividad Física y Desarrollo Humano, 12*(1), 1-14. https://doi.org/10.24054/16927427.v1.n%25i.2021.1065

Capítulo 3

Evaluación multidimensional de personas mayores en situación de calle en Pasto, Nariño[13]

Doménica Ariana Gómez Nieves[14]

Yenny Vicky Paredes-Arturo[15]

Cítese como: Gómez-Nieves, D. A. y Paredes-Arturo, J. V. (2024). Evaluación multidimensional de personas mayores en situación de calle en Pasto, Nariño. En E. Yarce-Pinzón (comp.), *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* (pp. 50-77). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.c272

Introducción

El envejecimiento es un proceso evolutivo que se da gradualmente en todo ser humano; es una etapa en la que progresivamente se experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales, como también, la presencia de implicaciones, en su mayoría médicas, a medida que aumenta la edad (Murgieri y Fox, 2016, como se cita en Guerra, 2022). Específicamente, a partir de los 60 años e incluso un poco antes, comienzan a ser evidentes las implicaciones que trae consigo el envejecimiento, como la pérdida subjetiva de memoria, deterioro cognitivo y compromiso físico; aunado a estos, se puede evidenciar trastornos emocionales y funcionales que afectan la calidad de vida del anciano (De Souto et al., 2019). Por lo tanto, el envejecimiento debe ser visto como una etapa del curso de vida con transformación en las dimensiones biológicas, sociales e incluso psicológicas; una etapa en la que se busca mejorar la integridad de estas personas, minimizando los posibles riesgos, disminuyendo la pérdida temprana de autonomía y, mejorando su calidad de vida (Minsalud, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), para el año 2019, las personas mayores de 65 años de edad representaban el 9,10 % de la población mundial, porcentaje que se ha multiplicado en las últimas décadas, puesto que se

[13] Capítulo resultado de la investigación *Caracterización multidimensional del adulto mayor habitante de calle, desarrollada desde el 15 de marzo de 2021 hasta el 6 de agosto de 2022, en la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia*.

[14] Psicóloga, Universidad Mariana.

[15] Ph. D. en Psicología; Magíster en Neuropsicología; Psicóloga. Profesora investigadora de Psicología, Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

pasó de 150 millones en 1960 a 697 millones en 2019, siendo estas cifras de gran impacto ya que una aceleración del envejecimiento implica nuevas problemáticas que tendrán que afrontar los países, en especial aquellos que se encuentran en vía de desarrollo, debido a la situación de precariedad económica y de estratificación, el consumo de sustancias, los sistemas de protección social limitados, el abandono y maltrato hacia ellos e, inclusive, el desplazamiento forzado y la violencia intrafamiliar, factores que influyen negativamente en este ciclo vital del ser humano.

Al respecto, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2021) reporta un aproximado de 6.808.641 adultos mayores, de los cuales hay una prevalencia del género femenino con una cifra de 3.742.50. Por diferentes razones, se evidencia que no toda la población se encuentra con su núcleo familiar, ya que parte de ellos están institucionalizados debido a dificultades y limitaciones económicas para su manutención y, otro porcentaje está actualmente en situación de calle por factores multicausales como consumo de sustancias, abandono, violencia intrafamiliar, entre otros. De esta manera, habitar en la calle puede generar en las otras personas, sentimientos de miedo, rechazo, apatía y, en ocasiones, conductas agresivas que pueden llevar a actos sociales discriminantes y de exclusión. Para los adultos mayores habitantes de calle, estos factores están ligados a los problemas que trae consigo la vejez, resaltando los papeles que asumirán hombres y mujeres en esta condición, no solo centrándose en los aspectos biológicos, sino en los roles que les son asignados por la sociedad, según los contextos socioeconómicos y culturales. Aunado a ello, esta población presenta incapacidades que limitan gradualmente el cumplimiento de las necesidades personales, razón por la cual son considerados como un grupo con necesidades crecientes de cuidados por parte del Estado, las familias y comunidades (Murgieri y Fox, 2016, como se cita en Guerra, 2022).

Medina et al. (2020) refieren que, entre los diferentes factores que han favorecido en gran medida la habitabilidad del anciano en la calle, están: los problemas económicos con la familia para su cuidado, la violencia intrafamiliar, la exclusión social, el consumo de sustancias, entre otros. Según la OMS (2022), se considera abuso económico, a la explotación y uso indebido de los fondos o recursos de una persona para fines ajenos; en este caso, la población anciana. Este tipo de abuso, en su mayoría, se presenta dentro de los círculos familiares y laborales, los cuales pueden llegar a imposibilitar que el adulto mayor maneje recursos que faciliten su independencia; también, el mal uso de dichos fondos, que pueden llevar a disminuir el acceso a una atención necesaria para mantener la salud del anciano (Blum et al., 2013). Se ha logrado evidenciar que esta población, generalmente, es vulnerable al abuso económico por un proceso llamado ‘influencia indebida’ en la cual, dentro de una relación de confianza, la parte dominante se aprovecha de la vulnerabilidad de la parte débil, en este caso el anciano y, por medio de engaños, adulación o insistencia, puede llegar a la aplicación de acciones legales como ejecución de testamento o transmisión de propiedades (Montero Solano et al., 2017).

Pese a que la violencia ha sido un tema abordado en muchos estudios, especialmente a nivel intrafamiliar y con población adulta mayor, ha sido una situación a la cual se le ha dirigido poca atención, ya que es difícil entender cómo los ancianos que se encuentran en un estado de debilidad y dependencia sean víctimas de maltrato y, cómo estos factores inciden en el abandono de su hogar (Forero et al., 2019). Cifras muestran que, en el 90 % de los casos, el maltrato es ejercido por los hijos, cónyuges y nietos, bajo la modalidad de violencia física, psicológica y negligencia. A nivel físico, se observa laceraciones, golpes, fracturas, quemaduras, empujones, violaciones y administración forzada de medicación inapropiada, actos que pueden provocar lesiones o discapacidad temporal y permanente o, en casos extremos, la muerte (Baker et al., 2016). Por otro lado, se evidencia manifestaciones de violencia psicológica en actos de humillación, desvalorización, amenazas, infantilización, que tienen como objetivo, provocar el temor y el sometimiento, causando que el adulto mayor sienta miedo, apatía y, por tanto, conductas de evasión física, silencio inexplicable, disminución del contacto social, enojo, depresión o pérdida de peso (Labrum y Solomon, 2015). La negligencia es otro tipo de abuso que se da de forma constante, donde el cuidador o la persona encargada del anciano no le brinda alimentación, bebida, seguridad, bienestar o acceso a servicios de salud, presentando de esta forma, desnutrición, mala higiene, infecciones, enfermedades, úlceras y deterioro clínico, por falta de administración de los medicamentos necesarios (Forero et al., 2019).

De manera similar, el adulto mayor está sujeto a sufrir de exclusión social y discriminación, problema que se marca en mayor medida en los países con ingresos económicos altos, donde el respeto que se le tiene a esta población es mínimo, dado que existe una extensa difusión de estereotipos y prejuicios (Denis et al., 2020). Además, el no considerar a este grupo de personas como un sector importante para el desarrollo del país, puede provocar que los sistemas de seguridad social y de salud tengan problemas socioeconómicos para su cuidado, favoreciendo su exclusión (Perou et al., 2016).

En cuanto a las conductas adictivas, estas también han sido un factor para que algunos adultos mayores lleguen a condiciones de calle, pues, con el paso de la edad, están expuestos a cambios sociales y físicos que pueden aumentar la tendencia del consumo indebido de drogas donde, junto con los cambios del estado de ánimo y las enfermedades pulmonares o cardíacas o, los problemas de memoria que trae consigo el envejecimiento, pueden empeorar las consecuencias sobre su salud, como también el deterioro de coordinación, buen juicio y tiempo de reacción. Entre las sustancias de más consumo en esta población están: la marihuana, nicotina, alcohol y, la adicción a los analgésicos opioides (Samsha, 2017). A nivel mundial, este tema no es ajeno ya que son muchos los países, especialmente de América Latina, que también presentan esta problemática; en Perú, Moquillaza-Risco et al. (2015) mencionan que es habitual observar adultos mayores en situación de calle,

generalmente hombres, en su mayoría solteros, con enfermedades crónicas como hipertensión, artritis, diabetes, enfermedades infecciosas, sífilis, entre otras.

En Colombia, el DANE (2018), en un censo realizado a 9.538 habitantes en situación de calle, encontró un aproximado de 781 adultos mayores que representan el 8,19 % del total de la población evaluada, de los cuales el 4,31 % se ubica entre los 60 y 64 años de edad; el 2,28 % entre los 65 y 69 años, mientras que las personas que tienen entre 70 y 74 años ocupan el 1 %, a diferencia de los que tienen de 75 a 79 años que ocupan el 0,38 %. Se evidencia una prevalencia del sexo masculino con estudios máximos de básica primaria y secundaria, con enfermedades que son generalmente del sistema digestivo, el sistema genitourinario, osteomuscular, respiratorio y circulatorio. Para esta población, en Colombia existe la Política Pública Social para Habitantes de Calle (Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, 2018) que fue creada en 2013, como un mecanismo que orienta las acciones que garantizan, promocionan, protegen y restablecen los derechos de la población mayor, con una atención integral. Finalmente, a nivel departamental, según la Alcaldía de Pasto (2020), en la ciudad hay una población de 171 adultos mayores habitantes de calle, de los cuales 43 son del género femenino y 128 del género masculino, para quienes se maneja el programa *Pies en la calle, corazón en el cielo 2019-2031*, encargado de la prevención y reducción de riesgos de esta población, bajo el Acuerdo 027 de 2019, del Consejo Municipal de Pasto.

Por lo expuesto, se corroboró el hecho de que, habitar en la calle trae consigo implicaciones en la esfera mental, física y emocional, en donde a nivel mental se da el deterioro cognitivo, afectación en funciones ejecutivas, retardo mental, entre otros; a nivel físico, se ve implicaciones médicas como problemas respiratorios, cardiacos y de articulación, enfermedades crónicas, diabetes y consumo de sustancias; de igual manera, se evidencia exclusión, abandono, maltrato y factores que incrementan aún más la situación de vulnerabilidad (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Asimismo, es habitual que el adulto mayor en situación de calle presente heridas intencionales, agresión física y verbal, entre otras consecuencias. Los estudios referencian cómo vivir en esta condición, predispone a la presencia de trastornos mentales y del estado del ánimo, como depresión, ansiedad y bipolaridad (Moquillaza-Risco et al., 2015). Finalmente, se visualizó la relevancia de este tipo de estudios a partir de un enfoque multidimensional que permitió abordar esta temática de forma global, atendiendo todos los factores en los que está inmerso el adulto mayor en situación de calle.

Materiales y métodos

Marco ético y bioético. Esta investigación se basó en el Código Deontológico (Ley 1090 de 2006) por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y, en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, siendo catalogada de

riesgo mínimo, que sigue el rigor ético con el uso del consentimiento informado. Fue aprobada en el Comité de Investigaciones del programa de Psicología, como trabajo de grado.

Diseño metodológico. Investigación basada en el paradigma cuantitativo que permitió obtener la validez para su desarrollo a través de métodos estadísticos y cuantitativos en componentes aptos de las dimensiones sociodemográfica, médica, cognitiva, emocional, psicosocial y familiar presentes en la persona mayor en situación de calle. Se implementó un enfoque empírico-analítico, debido a que se fundamentó en la experimentación y el análisis estadístico como paso previo a la generalización y obtención de resultados, de manera que fue posible que los datos sean contrastables y veraces (Hernández et al., 2014). Por otra parte, fue de carácter descriptivo, pues buscó explicar las propiedades y las características del fenómeno que se somete a análisis, especificando las dimensiones relacionadas con el tema, tales como: características sociodemográficas, médicas, cognitivas, emocionales, psicosociales y familiares, que determinaron el envejecimiento de la persona mayor en situación de calle.

Población y Muestra. La población adulta mayor en situación de calle en la ciudad de Pasto estuvo conformada por 70 adultos dentro de un rango de edad de 60-89 años, según la base de datos estadísticos con la que se cuenta a nivel municipal. El tipo de muestreo utilizado fue de tipo probabilístico, optando por un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, para así obtener una muestra de 60 adultos mayores habitantes de calle. Para poder sacar la muestra se utilizó el diseño de muestreo de cálculo infinito, ya que se contaba con la información de la población. En este sentido, es importante aclarar que los participantes cumplieron con los criterios de inclusión: ser adultos mayores habitantes de calle de 60 años o más, con participación voluntaria en el estudio y firma del consentimiento informado. Por otro lado, se aplicó criterios de exclusión para aquellos sujetos que tuvieran implicación médica o cognitiva que imposibilitase la aplicación de los instrumentos, que estuvieran institucionalizados o que pertenecieran a algún programa de la alcaldía y, por último, aquellos sujetos que trabajen en la calle, pero que no habiten en ella.

Técnicas e instrumentos de recolección de información. La técnica utilizada fue la entrevista, para la aplicación de instrumentos que constituyen escalas validadas y estandarizadas a partir de un protocolo de investigación profesoral, denominado 'Valoración multidimensional de los adultos mayores de San Juan de Pasto', desarrollado por Paredes-Arturo et al. (2015), que evaluó las dimensiones sociodemográfica, médica, cognitiva, emocional, psicosocial y familiar, descritas a continuación:

- **Dimensión sociodemográfica**: se indagó aspectos como: nombre, fecha de nacimiento, edad, identificación, sexo, escolaridad, estado civil, conformación familiar, afiliación al sistema de seguridad social, ocupación, entre otros.

- **Dimensión de salud**: evaluó la percepción de salud, presencia de enfermedades crónicas, respiratorias, infecciosas, hipertensión, diabetes y medicación.
- **Dimensión cognitiva**: la evaluación cognitiva o examen del estado mental se realizó con el Test de las Fotos, el cual se compone de 30 ítems dicotómicos que evalúan seis procesos cognitivos: Orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación, memoria de evocación, atención, cálculo y lenguaje. Entre mayor cantidad de puntos, mejor funcionamiento cognitivo (Carnero et al., 2022). Otro instrumento fue el Cuestionario de Reserva Cognitiva (CRC) que se conforma de ocho ítems que miden aspectos como la escolaridad, cursos de formación, ocupación laboral, formación musical, escolaridad de los padres y dominio de idiomas. También, indaga sobre la frecuencia aproximada con que se ha realizado actividades cognitivamente estimulantes a lo largo de toda la vida, como la lectura y la práctica de juegos intelectuales como crucigramas y ajedrez. Para la obtención de la puntuación total del cuestionario, se suma los resultados de cada ítem, siendo el máximo de 25 puntos; por lo tanto, las puntuaciones más elevadas indican mayor reserva cognitiva (Theirs, 2013).
- **Dimensión emocional**: se utilizó el test de Yesavage o Escala Geriátrica de Depresión, instrumento de rastreo y determinación de la severidad de la depresión en la tercera edad. Tiene en cuenta tres categorías de acuerdo con el puntaje total obtenido a partir de la suma de los 15 ítems: de 0 a 5, normal; de 6 a 10, depresión moderada; y, de 11 a 15, depresión severa. Se elige este instrumento, básicamente por su aplicabilidad en población adulto mayor (Paredes et al., 2018). Para la valoración de ansiedad se utilizó la Escala de Hamilton (Lobo et al., 2002) de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y, uno que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el evaluador tras una entrevista que no debe durar más allá de 30 minutos; se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se puede obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- **Dimensión psicosocial**: se hizo uso del cuestionario 'Medical outcomes study- social support survey de apoyo social MOS', validado en Colombia por Londoño et al. (2012), que evalúa la red de apoyo social (un ítem); esta variable evalúa el número de personas que conforman la red de apoyo social (amigos y familiares); apoyo social emocional/informacional (seis ítems): definida como el soporte emocional, orientación y consejos; apoyo instrumental (cuatro ítems): caracterizado por la conducta o material de apoyo; interacción social positiva (cuatro ítems): caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales se puede hacer cosas divertidas y apoyo afectivo (tres ítems):

caracterizado por las expresiones de amor y afecto. En conjunto, conforman 20 preguntas que, de manera global, evalúan la percepción de apoyo social; así, las respuestas son de tipo Likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre); la máxima puntuación es 95; puntuaciones menores a 57 indican mínimo apoyo social percibido. Por otro lado, hay que tener en cuenta la interpretación de cada componente, pues cada uno tiene unos puntajes máximos y mínimos que indican el nivel percibido (Sherbourne y Stewart, 1991).

- **Dimensión familiar**: el APGAR[16] familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia: 1) Adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis; 2) Participación: implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar; 3) Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo; 4) Afectividad: relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia; 5) Recursos o capacidad resolutiva: es el compromiso de dedicar tiempo para atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia; generalmente, implica compartir unos ingresos y espacios. Respecto a los puntajes, de 17-20 puntos es normal; de 16 a 13 puntos hay una disfunción leve; de 12-10 ya existe una disfunción moderada y, finalmente, un puntaje de 9 o menos ya representa una disfunción severa (Suarez y Alcalá, 2014).

Resultados

Características demográficas

Tabla 1

Descripción género, edad y estado civil

Ítems		Fr	%
Género	Mujer	13	21,7
	Hombre	47	78,3
Intervalo de edad	60-69	31	51,7
	70-79	18	30,0
	80-88	11	18,3

[16] Instrumento que sirve para apreciar de forma gráfica e integral el funcionamiento de los miembros de la familia.

Ítems		Fr	%
Estado Civil	Soltero	35	58,3
	Casado	6	10,0
	Viudo	10	16,7
	Separado / divorciado	4	6,7
	Unión libre	5	8,3

En la Tabla 1 se observa una prevalencia del género masculino con el 78,3 %; respecto al rango de edad, se evidencia mayor porcentaje entre los rangos de 60 a 69 años con el 51,7 %; existió una incidencia del estado civil soltero con un porcentaje de 58,3 %.

Tabla 2

Descripción de subsidio, EPS y escolaridad

Ítems		Fr	%
Subsidio	No	32	53,3
	Sí	28	46,7
EPS	No Aplica	17	28,3
	Comfamiliar	41	68,3
	Emssanar	2	3,3
Escolaridad	Analfabeta	9	15,0
	Solo lee y escribe	2	3,3
	Primaria incompleta	24	40,0
	Primaria completa	10	16,7
	Secundaria incompleta	7	11,7
	Secundaria completa	7	11,7
	Técnico	1	1,7

El 46,7 % de la población evaluada recibe apoyo financiero y el 68,3 % se encuentra afiliado a la EPS Emssanar; se encontró que el 40 % de los participantes no logró culminar sus estudios de primaria.

Tabla 3

Descripción con quién vive y cuidador

Ítems		Fr	%
Con quién vive	Solo	51	85,0
	Pareja	5	8,3
	Hijo	2	3,3
	Hermano	2	3,3
Cuidador	No aplica	48	80,0
	Menor de 60	11	18,3
	Mayor de 60	1	1,7

El 85 % de la muestra evaluada vive sola y el 80,0 % no cuenta con un cuidador.

Tabla 4

Descripción situación laboral y económica

Ítems		Fr	%
Ocupación	Albañil	10	16,7
	Vendedor	10	16,7
	Reciclador	5	8,3
	Vigilante	4	6,7
Ingresos	Sin ingresos	32	53,3
	Menos de un salario	28	46,7
Labor actual	Mendicidad	60	100,0
Depende económicamente	No	60	100,0

Las principales ocupaciones de la población evaluada con mayor prevalencia ocupacional son: albañil (16,7 %); vendedor (16,7 %). Por otro lado, el 46,7 % recibe ingresos económicos, el 100 % trabaja de forma independiente (mendicidad) y, nadie percibe ayuda monetaria.

Características médicas

Tabla 5

Percepción de salud y antecedentes médicos

Ítems		Fr	%
Percepción de salud	Muy mala	3	5.0
	Mala	15	25,0
	Regular	24	40,0
	Buena	17	28,3
	Muy buena	1	1,7
Diagnóstico de enfermedad	No	32	53,3
	Sí	28	46,7

Es evidente que el 40,0 % de la población percibe su salud como regular y el 28,3 % determina su salud como buena. Aunado a ello, el 46,7 % de los sujetos ha sido diagnosticado con alguna enfermedad, siendo en su mayoría, diabetes, hipertensión y artritis.

Tabla 6

Presencia de sintomatología médica

Ítems		Fr	%
Pérdida de memoria	No	26	43,3
	Sí	20	56,7
Dificultad para dormir	No	21	35,0
	Sí	28	65,0
Vértigo	No	30	50,0
	Sí	20	50,0
Dificultad para respirar	No	28	46,7
	Sí	23	53,3
Cansancio	No	13	21,7
	Sí	39	78,3
Dolor de coyunturas	No	13	21,7
	Sí	43	78,3

En la Tabla 6 se evidencia que el 56,7 % tiene pérdida de memoria; el 65,0 %, dificultad para dormir; un 50 %, vértigo. Además, se observa diagnósticos de

dificultades respiratorias en un 53,3 %. Finalmente, el 78,3 % de la población sufre de cansancio y un 78,3 % presenta dolor en las coyunturas.

Tabla 7

Tipo de consulta, consumo de medicamentos y hospitalización

Ítems		Fr	%
Asistencia a servicios de salud	Médico	35	58,3
	Ninguno	25	41,7
Medicamentos formulados	Ninguno	45	75,0
	Para la presión	3	5,0
	Otros	12	20,0
Hospitalización	No	47	80,0
	Sí	12	20,0

Se indica que, el 58,3 % de los entrevistados asiste al médico; el 20,0 % consume medicamentos formulados, siendo los más representativos los utilizados para el manejo de la presión (5,0 %); de igual manera, se identifica que el 80 % de los participantes evaluados no ha sido hospitalizado.

Tabla 8

Descripción cirugía, causas, y consumo de sustancias

Ítems		Fr	%
Cirugías	No	49	81,7
	Sí	10	16,3
Causa de cirugía	Ninguna	49	81,7
	Fractura	3	5’0
	Próstata	3	5,0
Cigarrillo	No	45	75,0
	Sí	15	25,0
Licor	No	42	70,0
	Sí	18	30,0
Marihuana u otras sustancias	No	52	86,7
	Sí	8	13,3

El 81,7 % de la muestra no ha tenido cirugías; pero, cuando ha habido una, los motivos más frecuentes han sido: próstata (5 %) y fracturas (5 %). Respecto al uso de sustancias psicoactivas, el 75,0 % no consume cigarrillo, el 70,0 % no toma bebidas alcohólicas frecuentemente y, el 86,7 % no consume marihuana u otras sustancias.

Dimensión cognitiva, emocional, familiar y social

Tabla 9

Descripción mini mental y reserva cognitiva

	Ítems	Fr	%
Mini mental	Con deterioro cognitivo	47	78,3
	Sin deterioro cognitivo	13	21,7
Reserva cognitiva	Reserva cognitiva baja	37	61,7
	Reserva cognitiva media baja	12	20,0
	Reserva cognitiva media alta	9	15,0
	Reserva cognitiva alta	2	3,3

Se puede identificar que existe una prevalencia del 78,3% que presentan un deterioro cognitivo. A nivel de reserva cognitiva se observa un promedio bajo (61,7%).

Tabla 10

Resultado global Yesavage, Rango Hamilton

Ítems		Fr	%
Escala de Hamilton	Sin ansiedad	30	50,0
	Ansiedad menor	16	26,7
	Ansiedad mayor	14	23,3
Escala Yesavage	Normal	19	31,7
	Depresión moderada	26	43,3
	Depresión severa	15	25,0

Se encontró que, el 50,0 % no presenta sintomatología ansiosa. Asimismo, el 43,3 % se ubica en la categoría de depresión moderada.

Tabla 11

Resultado global Apoyo social MOS y Apgar familiar

	Ítems	Fr	%
Mos	Mínimo apoyo social percibido	37	61,7
	Máximo apoyo social percibido	23	38,3
APGAR familiar	Disfunción familiar severa	57	95,0
	Disfunción familiar leve	1	1,7
	Función familiar normal	2	3,3

Se evidencia que, el 61,7 % tiene apoyo social mínimo, aunado con un 95 % que presenta disfunción familiar severa.

Discusión

En la etapa del envejecimiento, es usual que haya alteraciones en el organismo del sujeto, que deterioran de forma progresiva su salud, debidas a los cambios en la masa muscular, deterioro en el sistema esquelético, pérdida gradual de los sentidos, problemas respiratorios y cardiacos, entre otros, los cuales afectan la calidad de vida de este grupo poblacional (Forero et al., 2019).

Aunado a ello, el DANE (2021) encuentra que, debido a las limitaciones y dificultades económicas de algunas familias para la manutención del adulto mayor, estas optaron por su institucionalización o, en el peor de los casos, el abandono, hecho por el cual gran porcentaje de esta población se encuentra en situación de calle, debida a factores multicausales como pobreza, consumo de sustancias psicoactivas, negligencia y violencia intrafamiliar. Según Alfonso et al. (2019), la discriminación hacia este grupo etario, la falta de autonomía y la escasa atención médica recibida durante la pandemia, muestran la desigualdad en los derechos humanos de estas personas, incrementando con ello situaciones como pobreza, discriminación y aislamiento, considerando también que el vivir en esta condición predispone a la presencia de trastornos mentales y del estado del ánimo, como depresión, ansiedad y bipolaridad.

Respecto a las características sociodemográficas, se aprecia una prevalencia del género masculino, corroborado en estudios previos como los planteados por Medina et al. (2020) y, las Naciones Unidas (2005). Esta situación se explica por cuanto las mujeres tienen mayor tendencia a soportar por más tiempo situaciones abusivas de explotación o abandono dentro del hogar, a diferencia de los hombres, quienes deciden abandonar tempranamente su núcleo familiar y, por tanto, llegan a ser parte de los habitantes de calle. Para Sosa (2019), las mujeres buscan agotar todos los recursos, como redes familiares, amigos, trabajos poco remunerados o, el

acceso a las ayudas de protección que brinda el Estado; de ahí su poca prevalencia en las calles.

Asimismo, se identifica que la edad predominante en la población evaluada está entre los 60 y 69 años, lo cual es similar a lo planteado por el DANE (2021) donde las edades más significativas oscilan entre estos rangos. Esta tendencia se podría sustentar a partir de Rojas et al. (2014), quienes mencionan que, la precariedad del entorno en donde se encuentra esta población provoca un deterioro precipitado en su salud, cuyo promedio de vida se da normalmente hasta los 80 años; la media de edad no sobrepasa los 70, como consecuencia de vivir en la intemperie, las irregularidades en la alimentación y el deterioro físico.

En función de nivel educativo, se observa un número significativo con estudios incompletos de básica primaria; a nivel internacional, según los estudios realizados por Moquillaza-Risco et al. (2015) y Abbs et al. (2020), en el adulto mayor habitante de calle, prevalece el analfabetismo. No obstante, estos hallazgos discrepan con lo referenciado por otros autores, ya que el grupo de personas evaluadas tiene estudios incompletos de básica primaria en mayor proporción, con conocimiento en lectura y escritura, resaltando también que el 25,1 % alcanzó la educación secundaria y superior, lo cual se corrobora a partir del boletín sobre el adulto mayor realizado por el DANE en el 2021, en el cual se hace un análisis sobre los niveles de educación del adulto mayor, hecho en 2018, el cual arrojó que el 84,6 % de esta población sabía leer y escribir y, tan solo el 14,5 % presentaba analfabetismo. Para estas personas, haber cursado solo hasta básica primaria, representa una gran barrera en la búsqueda de nuevos trabajos que les permitan abandonar esta condición.

Respecto a la variable 'Estado civil', se resalta una prevalencia en la categoría soltero, lo cual coincide con los estudios de Yoma y Herranz (2020) y Moquillaza et al. (2015), donde se observa que más del 60 % de la población no tiene alguna relación formal; esta situación representa un factor de riesgo, ya que se marca la ausencia de una red de apoyo; los vínculos afectivos impactan de forma drástica la salud psicológica de las personas; en este caso, el adulto mayor habitante de calle, ya que el contacto con miembros cercanos y el mantener buenas relaciones, ayudan a prevenir la sintomatología depresiva o el riesgo de suicidio (Denis et al., 2020). Por la misma ausencia de una red de apoyo, en este estudio se pudo hallar que, gran parte de la población evaluada no cuenta con un cuidador que se encargue de velar por su bienestar y seguridad, siendo tan solo once los adultos mayores que tienen cuidados paliativos de sus familiares, razón por la cual también se pudo evidenciar afectaciones a nivel físico y emocional en este grupo poblacional, debido a la ausencia de cuidados y acompañamiento.

En función de la actividad ocupacional, se encontró que el 100 % de la población trabaja de forma independiente o en la mendicidad, resultados similares a los

obtenidos en el estudio realizado por la Alcaldía Local de Suba (2015), donde se afirma que el reciclaje y el 'rebusque' son las principales actividades realizadas por esta población, para acceder a recursos económicos.

Con relación a la variable 'Afiliación a salud', se obtuvo como resultado que, más del 50 % de la población evaluada se encuentra afiliada a una entidad prestadora de salud desde un régimen subsidiado, siendo Comfamiliar la principal institución encargada de la atención médica, mientras que el resto de los adultos mayores evaluados no presentan ningún tipo de vinculación a centros de prestación de servicios médicos. Esto coincide con los datos arrojados por los registros administrativos de las secretarías de salud y de integración social de Minsalud (2020), donde se muestra que el 63 % de los adultos mayores habitantes de calle se identifican dentro del régimen subsidiado para la atención médica, seguidos del régimen contributivo; esto es un factor positivo dado que se obtiene varios beneficios frente al cuidado médico; por ejemplo, la vacunación, consulta con medicina general y especializada, diagnósticos en laboratorios clínicos, atención por urgencias, hospitalización, suministro de medicamentos, atención a problemas visuales y enfermedades de transmisión sexual (MSPS, 2021).

A nivel de la variable 'Percepción de salud', los resultados arrojaron que el 40 % de las personas evaluadas manifiesta una impresión regular de su estado de salud, seguidos por una buena apreciación, mientras que tres personas referenciaron el empeoramiento de la misma, datos que se asemejan al estudio realizado por Peñata et al. (2017), en el cual el 47,6 % de la población ve su salud de manera regular, seguidos de un buen estado y, en menor medida, adultos con una mala percepción, explicado a partir de las precarias condiciones en las que duermen, las cuales favorecen la aparición de enfermedades respiratorias y dolores musculares, condiciones que aumentan hasta ocho veces la probabilidad de un estado de salud regular; por otro lado, se aprecia que, el haber sufrido alguna lesión que no haya sido tratada de forma temprana, empeora su percepción de salud.

Por su parte, Medina et al. (2020) afirman que las personas que se encuentran habitando en la calle tienen altas tasas de presentar enfermedades físicas y psicológicas, como también, mayor probabilidad de ser hospitalizadas debido al gran número de comorbilidades que las llevan a sufrir enfermedades crónicas e infecciosas que empeoran su salud. Lo anterior es corroborado por Grandón et al. (2018), quienes sostienen que la autopercepción del estado de salud es regular a causa de los padecimientos médicos como EPOC, hipertensión y diabetes. Aunado a ello, al abordar sobre la percepción de la salud física, la habitanza de calle repercute de manera negativa en el adulto mayor, debido a las condiciones climáticas a las que están expuestos, como lluvia, frío o calor excesivo, el desgaste por las largas caminatas y las pocas horas de sueño (Medina et al., 2020).

Secuencialmente, entre las enfermedades más significativas en el adulto mayor habitante de calle se ubica: hipertensión, diabetes y artritis, resultados que concuerdan con el estudio de Moquillaza-Risco et al. (2015), quienes demostraron la prevalencia de estas patologías dentro de la población evaluada. Para Medina et al. (2020), el diagnóstico más frecuente en el adulto mayor fue la hipertensión, seguida de la diabetes, donde menos de la mitad de las personas que la padecían recibieron atención médica. La hipertensión arterial es la más común dentro de esta población, asociada como un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, siendo la principal causa de muerte entre los adultos mayores alrededor del mundo (López-Jaramillo y Rueda-García, 2019). Para la OMS (2019), el principal factor no modificable involucrado en la alteración de la presión es la edad, debido a que la presión arterial sistólica se eleva en forma lineal a lo largo de los años en el adulto mayor. La presencia de hipertensión en el adulto mayor habitante de calle se puede relacionar con los niveles de sedentarismo, consumo actual o pasado de alcohol, estilo de vida poco saludable y altos niveles de estrés (Sánchez, 2018).

Para Bawah et al. (2021), no hay una asociación significativa entre la prevalencia de diabetes o prediabetes y las características sociodemográficas de la población, puesto que la prevalencia de la diabetes es levemente menor entre los habitantes de calle en comparación a la población en general; esto se podría explicar por el constante movimiento de la población por las calles, como forma de ejercicio que mitiga el incremento de la enfermedad; sin embargo, se calcula que las personas que presentan una diabetes avanzada, pueden morir como resultado de la falta de acceso a la atención médica (Bawah et al., 2021).

Respecto a la variable 'Consumo de medicamentos', se evidenció mayor prevalencia de fármacos utilizados para tratar las enfermedades precitadas, optando en mayor medida por medicamentos para tratar la hipertensión; sin embargo, pese a que muchos de estos tienen receta médica, en su mayoría esta población se decide por la automedicación. Con términos similares, Rivera (2020, como se cita en Cabezas y López, 2022) explica que hay factores de las enfermedades propias de la edad que hacen que los riesgos de automedicarse repercutan seriamente en la salud de la persona; entre las principales consecuencias está la intoxicación, náuseas, gastroenteritis, gastritis y dependencia farmacológica, a más de la disminución de la masa muscular y de la funcionalidad renal y hepática que hacen que la asimilación de los medicamentos sea diferente, favoreciendo la presencia de reacciones adversas. En el adulto mayor habitante de calle, este patrón comportamental se da principalmente por los bajos niveles adquisitivos de recursos para asistir a consulta médica, por lo cual opta por medicarse con recetas que anteriormente le fueron eficaces, a través de recursos obtenidos principalmente por la mendicidad (Rivera, 2020, como se cita en Cabezas y López, 2022).

Respecto a la variable 'Trastornos del sueño', se evidenció que el 65 % de la población reporta dificultades para dormir, datos similares obtenidos en el estudio realizado por Patanwala et al. (2018); se considera que las alteraciones en esta conducta traen consigo importantes consecuencias en los ancianos, ya que pueden desencadenar episodios depresivos, aumentar las frecuencias de caídas, deterioro en el funcionamiento cognitivo y enlentecimiento de las respuestas motoras (Tello-Rodríguez et al., 2016). Por lo anterior, principales factores como la ausencia de un lugar cómodo para dormir, alta exposición a las condiciones climáticas, deficiencias alimenticias y la escasa seguridad en la que vive el adulto mayor habitante de calle, deteriora aún más la capacidad de esta población para conciliar y regular su conducta onírica (Cepero et al., 2020).

Finalmente, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, en el presente estudio investigativo se determinó que solo el 13,3 % de la población evaluada consume alguna sustancia como el tabaco, marihuana o cocaína, mientras que el 30 % muestra una ingesta de alcohol, resultados que concuerdan con los obtenidos en el estudio de Diniz et al. (2017), cuyos datos son similares en cuanto a la ingesta, representados en un 11,7 % al igual que, la prevalencia del 90,6 % en el género masculino. Algunos factores de riesgo como la falta de recursos económicos y personales, entendiéndose estos como la falta de confianza, escasa inteligencia emocional, autoconcepto pobre y sensación de incapacidad que, aunados a la ruptura progresiva de lazos sociales, contribuyen al incremento de consumo como medio de compensación frente a las necesidades (Lagares et al., 2010).

A nivel del componente emocional evaluado a través del instrumento Yesavage, se determinó que el 26 % de la población estudiada presenta sintomatología depresiva moderada, seguida de un nivel severo, conformada por el 15 %; estos resultados coinciden con los datos obtenidos en la investigación de Abdala et al. (2005), en donde la prevalencia de la misma fluctuaba entre el 5 y 20 %, información que contrasta con el estudio realizado por Moquillaza-Risco et al. (2015), quienes mencionan que el total de la población estudiada presenta signos asociados a la depresión, misma que afecta aproximadamente al 7 % de los adultos mayores en el mundo, en donde las principales causas son su estado de salud y negligencia por parte de sus familiares, quienes buscan la internalización o el abandono en la calle de esta población (Valdivia, 2016).

Progresivamente, en la variable 'Emocional' se notó la presencia de sintomatología ansiosa, leve y moderada, con un porcentaje del 50 % en la población evaluada, resultados similares a los de Patanwala et al. (2018), con un porcentaje que oscila entre el 50 y 60 %. Liauw et al. (2022) mencionan que la ansiedad alude a un trastorno psíquico que se da por niveles excesivos de sentimientos negativos, como: nerviosismo, preocupación, tensión y temor de modo que, la sensación de incomodidad y aprensión provoca que la persona se perciba a sí mismo muy intranquila. Para la OMS (2023), los altos porcentajes de esta problemática

representan un tema fundamental para investigar, pues impacta en gran medida el funcionamiento de la persona, deteriorando así su calidad de vida.

A nivel social, la muerte se ha percibido como suceso aterrador que incrementa el miedo y los niveles de ansiedad en las personas, especialmente en los adultos mayores, quienes se encuentran más cercanos a este suceso. En este punto, Vega (2015), quien llevó a cabo un estudio sobre la percepción de muerte en el anciano, encontró un resultado desfavorable en aquellos que han perdido el contacto con sus familiares, que no tienen una relación amorosa, habitan en la calle y cuentan con bajos niveles de educación, factores que contribuyen a la percepción de la muerte como un proceso doloroso y solitario al cual no quieren llegar.

Por otro lado, respecto al componente cognitivo, se determina que el 78,3 % de la población evaluada puntúa para deterioro cognitivo, datos que coinciden con los estudios realizados por Moquillaza-Risco et al. (2015) y, Ávila y Useche (2018), cuyos resultados oscilan entre el 60 y 80 %. Estos resultados pueden ser abordados desde Sánchez y Sánchez-Pedreño (2021), quienes mencionan que, con el envejecimiento ocurren en el cerebro, cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que, según la plasticidad cerebral que tenga la persona, pueden generar un deterioro normal o, presentar alteraciones cognitivas de forma temprana; no obstante, el deterioro cognitivo depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y se encuentra sujeto a la gran variabilidad interindividual. El mantenimiento del nivel cognitivo del adulto mayor se encuentra ligado a las patologías del paciente, soporte social, estado anímico y síndromes geriátricos tales como: fragilidad y osteopenia, de manera que sería incorrecto atribuirle solo al envejecimiento neuropsicológico, las alteraciones cognitivas que se da en esta población (Benavides-Caro, 2017).

Por lo mencionado, se observa que el deterioro cognitivo en esta población podría estar relacionado con la habitanza de calle, ya que se disminuye la capacidad de la persona para acceder a recursos económicos, apoyo familiar y asistencia médica o gubernamental y legal; asimismo, el no poseer una adecuada reserva cognitiva ni recibir la suficiente estimulación cerebral, incrementa las probabilidades de presentar déficits y deterioro en el funcionamiento cognoscitivo (Topolovec-Vranic et al., 2014).

También se pudo identificar que los antecedentes educativos y laborales en esta población, incrementan la prevalencia de este déficit, como argumentan Zeki et al. (2017), quienes mencionan que las personas con baja escolaridad y con antecedentes laborales de mano de obra no calificada, tenían el doble de probabilidad de presentar deterioro cognitivo avanzado, frente a aquellos que han tenido ocupaciones calificadas o semicualificadas, por lo cual, la ocupación que tuvo la persona podría ser una variable relacionada con los estados socioeconómicos que ha presentado casa sujeto.

Aunado a ello, a nivel de reserva cognitiva (RC) se encontró que en la población estudiada el 61,7 % presenta un nivel bajo o precario. La RC se acumula a lo largo de la vida de una persona e incluye elementos innatos y adquiridos como, por ejemplo, la escolaridad, ocupación y realización de actividades cognitivamente desafiantes, por lo que las personas con alta RC tienen menor riesgo a presentar demencia de forma temprana (Hindle et al., 2016, como se cita en Muñoz, 2021). Así, las personas que han mantenido buenas reservas, favorecen la resiliencia en el envejecimiento, entendiéndose como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a problemáticas o adversidades, por medio de la resistencia, recuperación y adaptación (Crespo, 2016).

De igual manera, se ha podido evidenciar que aquellas personas que no recibieron la suficiente estimulación cognitiva, muestran un decremento en el recuerdo inmediato y tardío, dificultades en el funcionamiento ejecutivo, específicamente a nivel de razonamiento, fluidez verbal y memoria de trabajo (Pfefferbaum et al., 2018). Por otro lado, en el habitante de calle se ha podido evidenciar que el consumo de sustancias como tabaco, cocaína, marihuana y alcohol afectan los niveles de RC, ya que se puede llegar a provocar un daño cerebral adquirido o Ictus (Lanceta, 2018).

Finalmente, respecto al componente social y familiar, se pudo obtener la siguiente información: frente al apoyo social, se utilizó un cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS) validado en Colombia por Londoño et al. (2012), con lo cual se evidenció que el 61,7 % de los adultos mayores habitantes de calle evaluados no tiene una red de apoyo, resultados similares a los obtenidos en los estudios realizados por Rogans-Watson et al. (2020) en donde se observó que esta población no cuenta con familiares o amigos que brinden un apoyo o asistencia a nivel emocional y funcional, por lo cual no cuentan con una red cercana con quienes compartir y realizar actividades agradables, como también, las escasas muestras de afecto que reciben por sus parejas o familiares.

Al abordar el componente familiar, se pudo evidenciar que el 95 % de los entrevistados muestra disfunción familiar severa. Para Manco et al. (2019), este grupo social es un pilar fundamental en el cual se establece normas, valores y vínculos afectivos, donde se comienza el proceso de socialización con los demás, siendo la relación familiar una base determinante en el desarrollo de los individuos. Por otro lado, se evidenció que los bajos ingresos económicos, al limitar la satisfacción de necesidades básicas, trae como consecuencia, la alteración de la dinámica familiar, por lo que se aprecia una falta de acompañamiento y orientación familiar, generando una sensación de abandono y rechazo en las personas que, como consecuencia, trae la búsqueda de afecto y aceptación en otros espacios y sujetos, siendo la calle el principal contexto (Manco et al., 2019).

De esta manera, el estudio permitió identificar que la población de adultos mayores habitantes de calle presenta implicación en la totalidad de los componentes abordados a partir del protocolo de valoración geriátrica multidimensional. Como fortalezas del trabajo investigativo, se puede mencionar que es el primero que se desarrolla en la ciudad de Pasto, Nariño, pues existen limitantes en cuanto a las investigaciones realizadas sobre este tema en la zona, posiblemente por el difícil acceso a la población, lo cual ha llevado al desconocimiento de sus problemáticas. Igualmente, se resalta la apertura que tuvo la población en el momento de ser evaluada por primera vez con un protocolo geriátrico multidimensional, proceso que ninguna entidad ha realizado, además de que, el hecho de contar con una aplicación personalizada garantiza la idoneidad de los resultados.

Conclusiones

En la población adulto mayor habitante de calle, a nivel de factores sociodemográficos hay prevalencia del género masculino, predominando en esta condición el rango de edad entre los 60 y 69 años. Es importante reconocer que, debido a la situación de calle de este grupo poblacional, los ancianos suponen condiciones de desventaja social a causa de determinantes familiares y económicos; aunado a ello, el hecho de no contar con redes de apoyo cercanas, representa factores de riesgo frente a la salud y bienestar psicológico de la población estudiada.

En función de las características médicas, las enfermedades de mayor prevalencia son: diabetes, hipertensión, artritis y problemas respiratorios, factores que predisponen la aparición de otras patologías, como implicación cardiovascular y EPOC. La presencia de varias patologías asociadas entre sí es común en el adulto mayor, las cuales aumentan la situación de vulnerabilidad, acentuando las condiciones de habitabilidad en la calle e impidiendo un envejecimiento exitoso. También se evidenció que, más de la mitad de los ancianos evaluados tiene una percepción mala y regular de su estado de salud, explicado a partir de la condición misma del envejecimiento y los bajos accesos a salud, por factores socioeconómicos.

Respecto a la variable 'Desempeño cognitivo', se evidenció mayor prevalencia de implicación o déficits, ya que se evidenció que en la población evaluada existen altas tasas de deterioro cognitivo y baja RC, explicado posiblemente por las precarias condiciones sociodemográficas, médicas, emocionales, sociales y de reserva cerebral, lo cual limita significativamente la implementación de estilos de vida saludable y, trae consigo, un envejecimiento patológico.

La muestra evaluada presentó sintomatología ansiosa y depresiva, generando un aumento en las tasas de deterioro y desajuste social, posiblemente atribuido a sentimientos de culpa y soledad junto con la precaria percepción de su salud; además, la ausencia de una red de apoyo en donde la inexistencia de lazos cercanos con familiares y amigos deteriora aún más el estado emocional del adulto

mayor. Respecto a la sintomatología ansiosa, se determinó que, probablemente, el prolongado consumo de sustancias y la exposición diaria a diferentes estresores como los peligros de la calle, las peleas de bandas y las frágiles condiciones con las que cuentan para dormir, son factores que aumentan su estado de alerta, limitando sus horas de sueño y afectando drásticamente su cotidianidad.

En conclusión, los adultos habitantes de calle no cuentan con una adecuada red de apoyo social y familiar, por lo que se considera como un factor de riesgo que no les permite generar condiciones favorables para el afrontamiento y recuperación de problemas médicos, emocionales, económicos, entre otros. De esta manera, al determinar los factores que inciden en el adulto mayor habitante de calle, se enmarca las características sociodemográficas, médicas, psicológicas, emocionales y sociales, las cuales resaltan la vulnerabilidad psicosocial en la que se encuentra esta población y, por lo tanto, la necesidad de realizar un plan de intervención.

Es relevante considerar estos resultados para nutrir las políticas públicas en la población adulto mayor habitante de calle, con el propósito de reorientar la atención en la prevención de su vulnerabilidad médica, social, cognitiva y emocional; por ende, se recomienda que este estudio se socialice y se tenga en cuenta por parte de los entes territoriales encargados de la promoción y prevención en la habitanza de calle, tomándose este estudio como un punto de partida para la realización de programas que beneficien a esta población en condiciones de precariedad, en busca de lograr una mejor calidad de vida.

Referencias

Abbs, E., Brown, R., Guzmán, D., Kaplan, L. y Kushel, M. (2020). Risk factors for falls in older adults experiencing homelessness: results from the Hope Home cohort study. *Journal of General Internal Medicin*, *35*(6), 1813-1820. https://doi.org/10.1007%2Fs11606-020-05637-0

Abdala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., Peláez, M. y Pratts, O. (2005). Encuesta salud, bienestar y envejecimento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *17*(5/6), 307-322. https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500003

Acuerdo 027 de 2019. (2019, 29 de julio). Consejo Municipal de Pasto. https://concejodepasto.gov.co/wp-content/uploads/2019/05/Proyecto-de-Acuerdo-Politica-Publica-Habiitanza-en-Calle-1-2.pdf

Alcaldía de Pasto. (2020). Implementación del programa de atención integral a la población habitante de calle y en calle del municipio de Pasto. https://www.pasto.gov.co/index.php/programas-sociales/13666-implementacion-del-programa-de-atencion-integral-a-la-poblacion-habitante-de-calle-y-en-calle-del-municipio-de-pasto

Alcaldía Local de Suba. (2015). Caracterización de la población habitante de calle de la localidad de Suba. https://issuu.com/alcaldiasuba11/docs/caracterizacion_habitante_de_calle_

Alfonso, Ó. A., Barrera, R. A., Bernal, P. I., Camargo, D. C. y Garzón, L. C. (2019). El ciclo mortal de los habitantes de calle en Bogotá. Teorías, olvidos, políticas y desenlaces fatales. *Revista de Economía Institucional*, *21*(41), 99-131. https://doi.org/10.18601/01245996.v21n41.05

Ávila, O. Y. y Useche, J. S. (2018). *Acción oficiosa en las condiciones de vida digna de los adultos mayores que habitan la calle en la ciudad de Bogotá* [Tesis de Pregrado, Universidad Libre]. https:// repository.unilibre.edu.co/handle/10901/15960

Baker, P. R., Francis, D. P., Hairi, N. N., Othman, S., & Choo, W. Y. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of systematics reviews,* (8). https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD010321

Bawah, A. T., Edufia, F., Yussif, F. N., Adu, A. y Yakubu, Y. A. (2021). Enfermedades renales crónicas entre personas sin hogar y habitantes de barrios marginales en Accra, Ghana. *The Pan African Medical Journal*, *38*. https://doi.org/10.11604%2Fpamj.2021.38.340.27106

Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, *40*(2), 107-112.

Blum, B., Gómez-Durán, E. L. y Richards, D. (2013). Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Revista Española de Medicina Legal*, *39*(2), 63-69. https://doi.org/10.1016/j.reml.2013.02.001

Cabezas, N. S. y López, D. F. (2022). Análisis de la automedicación en adultos mayores. *RECIMUNDO, 6*(2), 104-111. https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.104-111

Carnero, C., Rego-García, I., Mené, M., Alonso, E. M. y Vílchez, R. M. (2022). Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología*, *37*(6), 441-449. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.05.007

Cepero, I., González, M., González, O. y Conde, T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*, *18*(1), 112-125.

Crespo, M. T. (2016). Resiliencia, bienestar y aprendizaje a lo largo de la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 161-170. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.501

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). Documentos de caracterización. Proyectos especiales (CHC). https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/caracterizacion-hab-calle-bogota-2017.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). Adulto mayor en Colombia. Características generales. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf

De Souto, P., Rolland, Y., Vellas, B., & Maltais, M. (2019). Association of long-term exercise training with risk of falls, fractures, hospitalizations, and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 179*(3), 394-405. https://doi.org/10.1001%2Fjamainternmed.2018.5406

Denis, E. R., Espinosa, N. N., Montenegro, O. Y. y Montes de Oca, L. S. (2020). Exclusión social de adulto mayor. Logros importantes de la humanidad. *Invierte Mediquir, 12*(1).

Diniz, A., Pillon, S. C., Monteiro, C., Pereira, A., Gonçalves, J. y Dos Santos, M. (2017). Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Psicologia, teoria e prática*, *19*(2), 23-41. https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p23-41

Forero, L. M., Hoyos, S., Buitrago, V. Heredia, R. A. (2019). Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Universitas Medica*, *60*(4), 1-16. https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt

Grandón, P., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C. y Saldivia, S. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental que se encuentran en la región del BíoBío. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 56*(2), 89-99. http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200089

Guerra, P. N. (2022). *Vivir la calle o habitar la ciudad: la circulación social como elemento constitutivo hacia un proceso de relativa autonomía* [Tesis de Pregrado, Instituto de Formación en Educación Social]. https://repositorio.cfe.edu.uy/handle/123456789/1999

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Labrum, T. & Solomon, P. L. (2015). Physical elder abuse perpetrated by relatives with serious mental illness: A preliminary conceptual social-ecological model. *Aggression and Violent Behavior, 25*, 293-303. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.006

Lagares, A., López, A. I. y Gallego, M. J. (2009). Perspectivas de futuro y propuesta de recursos terapéuticos para adictos de edad avanzada. *Revista Española de Drogodependencias, 35*(2), 170-181.

Lanceta, B. (2018). Reserva cognitiva y funcionamiento cognitivo. https://siidon.guttmann.com/files/tfm_beatriz_lanceta_.pdf

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial Núm. 46383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Liauw, S., Mejía-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Stergiopoulos, V., & Hwang, S. (2022). Effect of a housing intervention on major cardiovascular events among homeless adults with mental illness. *Journal of Social Distress and Homelessness, 33*(787), 1-3. https://doi.org/10.1080/10530789.2022.2086670

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, *118*(13), 493-499. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9

Londoño, N. H., Rogers, H. L., Castilla, J. F., Posada, S. L., Ochoa, N. L., Jaramillo, M. Á., Oliveros, M., Palacio, J. E. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 142-150. https://doi.org/10.21500/20112084.770

López-Jaramillo, P. y Rueda-García, D. (2019). Manejo interprofesoral de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cuidarte, 10*(2). https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.756

Manco, M. A., Montoya, S. E. y Gallego, J. (2019). *Acompañamiento de las familias en el proceso de resocialización de las y los habitantes de calle de la ciudad de Medellín en el año 2017-2018* [Tesis de Pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios). https://hdl.handle.net/10656/11010

Medina, M. R., Lúcar, M., Hincapié, C., Santacruz, J. M., Heredia, R. y García, D. M. (2020). *Estudio sobre la vejez habitante de calle en Bogotá. Caracterización sociodemográfica, redes sociales de apoyo, servicios sociales. Representaciones sobre la habitabilidad en calle, ocupación del espacio urbano. Elementos para la acción de la política pública*. Pontificia Universidad Javeriana y Hospital Universitario San Ignacio.

Minsalud. (2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Política-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2018). Política Pública Social para Habitantes de Calle. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitante-calle-2021-2031.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2021). Derechos y deberes en salud. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Calidad-salud-deberes-derechos-mecanismos.aspx

Minsalud. (2020). Boletines poblacionales: Personas en situación de calle. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-habitante-calleI-2020.pdf

Montero, G., Vega, J. C. y Hernández, G. (2017). Abuso y maltrato en el adulto mayor. *Medicina Legal de Costa Rica*, *34*(1), 120-130.

Moquillaza-Risco, M., León, E., Dongo, M. y Munayco, C. V. (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *32*(4), 693-700. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.324.1760

Muñoz, G. D. (2021). *Efecto de la reserva cognitiva en la enfermedad de Parkinson: una revisión sistemática de estudios observacionales* [Tesis de Pregrado, Universidad de Lleida]. https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/7f54332f-7669-4695-963a-e39bd5907fed/content

Naciones Unidas. (2005). A home in the city: Task force report on improving of slum dwellers. https://www.mypsup.org/library_files/downloads/A%20Home%20in%20the%20City-%20Improving%20the%20Lives%20of%20Slum%20Dwellers.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Derechos humanos. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Maltrato de las personas mayores. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people

Paredes-Arturo, Y., Yarce-Pinzón, E., Rosero-Otero, M. y Rosas-Estrada, G. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencias, 16*(6), 9-18.

Paredes, Y. V., Yarce, E. y Moncayo, H. A. (2018). *Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados en la ciudad de Pasto*. Editorial UNIMAR.

Patanwala, M., Tieu, L., Ponath, C., Guzman, D., Ritchie, S., & Kushel, M. (2018). Physical, psychological, social, and existential symptoms in older homeless-experienced adults: An observational study of the Hope Home Cohort. *Journal of General Internal Medicine, 33*(5), 635-643. https://doi.org/10.1007/s11606-017-4229-1

Peñata, C. A., Berbesi, D. y Segura, Á. M. (2017). Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia la promoción de la salud, 22*(1), 56-69. https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5

Perou, Y., Faez, M., San Miguel, J. y Díaz, M. (2016). Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Revista Información Científica, 95*(5), 851-861.

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Rogans-Watson, R., Shulman, C., Lewer, D., Armstrong, M., & Hudson, B. (2020). Premature frailty, geriatric conditions, and multimorbidity among people experiencing homelessness: a cross-sectional observational study in a London hostel. *Housing, Care, and Support.* https://doi.org/10.1108/HCS-05-2020-0007

Rojas, K., Gómez, J. F., Pazos, V. M. y Grupo de Especialización en Pediatría (Grinped). (2014). El ciclo vital individual. *CCAP, 13*(4), 8-20.

Salinas-Rodríguez, A., De la Cruz-Góngora, V. y Manrique-Espinoza, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, *62*(6), 777-785. https://doi.org/10.21149/11840

Samsha. (2017). Get connected: Linking older adults with resources on medication, alcohol, and mental health 2019. https://store.samhsa.gov/product/get-connected-linking-older-adults-resources-medication-alcohol-and-mental-health/sma03-3824

Sánchez, R. (2018). *Epidemiología de la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor atendido en el centro de salud de Monsefú - 2018* [Tesis de Pregrado, Universidad Señor de Sipán]. https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5171

Sánchez, V. P. y Sánchez-Pedreño, F. O. (2021). Neuroimagen, neurofisiología y pruebas de laboratorio. En Agüera, L. F., Carrasco, M. M. ySánchez. M. (eds.). *Psiquiatría geriátrica*, (pp. 141-157). Gea Consultoría Editorial, S.L.

Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine, 32*(6), 705-714. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B

Sosa, M. (2019, 25 de octubre). Las mujeres sin hogar que se resisten a vivir en la calle. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/10/24/actualidad/1571942580_400185.html

Suarez, M. A. y Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz, 20*(1), 53-57.

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. y Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33*(2), 42-50. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211

Theirs, C. I. (2013). Hábito lector como factor protector de la memoria. *EduPsykhé, Revista de Psicología y Educación, 12*(2), 167-181.

Topolovec-Vranic, J., Ennis, N., Howatt, M., Ouchterlony, D., Michalak, A., Masanic, C., Colantonio, A., Hwang, S. W., Kontos, P., Stergiopoulos, V., & Cusimano, M. D. (2014). Traumatic brain injury among men in an urban homeless shelter: observational study of rates and mechanisms of injury. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 2(*2*), E69-E76. https://doi.org/10.9778/cmajo.20130046

Valdivia, J. B. (2016). Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. *Tlatemoani, Revista académica de investigación*, *7*(22), 226-271.

Vega, S. C. (2015). *Percepción del adulto mayor respecto a la muerte en el asilo de ancianos hermanos de la caridad* [Tesis de Pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1570

Yoma, S. M. y Herranz, S. M. (2020). Expulsión institucional y situación de calle en salud mental: una discusión para repensar la externación. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, *5*(1), 6-21.

Pfefferbaum, A., Zahr, N. M., Sassoon, S. A., Kwon, D., Pohl, K. M., & Sullivan, E. V. (2018). Accelerated and premature aging characterizing regional cortical volume loss in human immunodeficiency virus infection: Contributions from alcohol, substance use, and hepatitis C coinfection. *Biological Psychiatry Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3*(10), 844-859. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.06.006

Zeki, A., Hazzouri, A., Elfassy, T., Sidney, S., Jacobs, D., Pérez, S., & Yaffe, K. (2017). Sustained economic hardship and cognitive function: The coronary artery risk development in young adults study. *American Journal of Preventive Medicine, 52*(1), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.08.009

Capítulo 4

Efectos adversos de la polifarmacia en adultos mayores institucionalizados en Pasto, Nariño[17]

Isabel Cristina Betancur Zapata[18]

Jessica Pamela Calpa Mora[19]

Brenda Valentina Maya Ojeda[20]

Jessica Andrea Pantoja Díaz[21]

Ángela Viviana Rodríguez Eraso[22]

Tania Gabriela Velásquez Delgado[23]

Mildred Rosero Otero[24]

Natalia Sofia Gallego Eraso[25]

Cítese como: Betancur-Zapata, I. C., Calpa-Mora, J. P., Maya-Ojeda, B. V., Pantoja-Díaz, J. A., Rodríguez-Eraso, Á. V., Velásquez-Delgado, T. G., Rosero-Otero, M. y Gallego-Eraso, N. S. (2024). Efectos adversos de la polifarmacia en adultos mayores institucionalizados en Pasto, Nariño. En E. Yarce-Pinzón (comp.), *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* (pp. 78-102). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.c273

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, publica que los adultos mayores son la población que más medicamentos consume en un mismo tiempo. Enfatiza que el ser humano,

[17] Capítulo resultado de la investigación titulada: *Efectos adversos a consecuencia de la polifarmacia en adultos mayores institucionalizados en un centro de atención geriátrica. Pasto, 2020 - 2022*, desarrollada desde el 15 de agosto de 2021 hasta el 6 de noviembre de 2022 en la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.

[18] Enfermera, Universidad Mariana

[19] Enfermera, Universidad Mariana

[20] Enfermera, Universidad Mariana

[21] Enfermera, Universidad Mariana

[22] Enfermera, Universidad Mariana

[23] Enfermera, Universidad Mariana

[24] Doctora en Enfermería; Magíster en Salud Ocupacional; Enfermera. Profesora investigadora de Enfermería, Universidad Mariana.

[25] Magíster en Epidemiología; Magíster en Administración en Salud; Enfermera. Profesora investigadora de Enfermería, Universidad Mariana.

cuando llega a esta etapa del ciclo de vida, presenta mayores efectos adversos a los fármacos administrados, además de una tendencia al uso inapropiado de estos con la edad. El deterioro corporal del adulto mayor en este momento del curso de vida es innegable, por el déficit en el que entra el organismo para mantener las funciones más importantes; esto, por supuesto, predispone mucho más a padecer comorbilidades que aceleran el proceso de muerte o, en algunos casos, no tienen curación y requieren tratamientos prolongados y disciplinados.

En Cuba, Ramírez et al. (2019) constataron la presencia de polifarmacia, predominando el consumo de diez medicamentos y más, en masculinos de la tercera edad y féminas de la cuarta edad, asociada a un alto índice de comorbilidad y posibles interacciones medicamentosas potenciales por combinación de fármacos de uso frecuente por el adulto mayor que se automedica, siendo los antiinflamatorios no esteroideos el grupo farmacológico más utilizado. Se destaca el consumo elevado entre cuatro y nueve medicamentos en un 52,9 % y, superior a diez fármacos, en un 37,0 %, mientras que el 1,5 % de los pacientes no estaba polimedicado.

En este orden de ideas, una investigación en la Habana, Cuba, por García et al. (2020) evidenció que el 43,0 % del total de la población de estudio presentó polifarmacia al ingreso, lo que se redujo al 15,5 % al egreso. Se observó que la comorbilidad fue la variable que mostró mayor fuerza de asociación con la polifarmacia (OR =8,65; IC-95 %: 4,51 – 16,59). La presencia de dos o más prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) en el tratamiento, según criterios STOPP (criterios explícitos que identifican prescripciones potencialmente inapropiadas) y, dentro de las morbilidades, la insuficiencia cardiaca mostró fuerte asociación clínica y estadística, ambas variables con un OR >5,00; p ≤0,001.

En la investigación realizada en Sao Paulo, Brasil, por Romano-Lieber et al. (2018) se encontró polifarmacia en el 33 % de los ancianos, siendo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y más común en ancianos mayores de 75 años (41,3 %) que en ancianos de 60 a 74 años (30,1 %) y en sujetos con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad articular. El número medio de enfermedades crónicas prevalentes en los ancianos que tenían polifarmacia al inicio del estudio fue de 2,4, mientras que en los ancianos que consumieron entre uno y cuatro fármacos, el promedio fue de 1,4. La probabilidad de supervivencia a los cinco años para los pacientes con polifarmacia al inicio del estudio fue del 77,2 %, mientras que en los individuos que tomaron hasta cuatro medicamentos fue del 85,5 %.

San-José et al. (2021) en Barcelona, España, analizaron 100 pacientes; la media de medicamentos prescritos al inicio del estudio fue mayor a 10. No hubo cambios significativos al final de la intervención y a los seis meses. La proporción de pacientes con dos o más criterios STOPP se redujo del 37 % al inicio de la intervención, al 18

% al final, y la proporción de aquellos con criterios START (Posibles omisiones de prescripción) del 13 % al 6 %. Estas diferencias persistieron a los seis meses. El número de criterios STOPP y START antes de la intervención se asoció con una disminución de los criterios STOPP y START al final de la intervención y a los seis meses. Se observó una reducción de la polifarmacia y de las caídas a los seis meses en aquellos con disminución de los criterios STOPP al final de la intervención.

En Santiago de Chile, Arriagada et al. (2020) precisaron que la prevalencia de consumo de, al menos un medicamento, va en aumento, alcanzando un 58 % de la población general, siendo mayor en mujeres y en personas con menos años de estudios; refieren que, en el Reino Unido, el 75 % de las personas mayores utiliza más de cinco medicamentos y en Estados Unidos, esta población, que representa un 13 %, recibe un tercio del total de las prescripciones de la nación, correspondiendo al doble de lo utilizado por los más jóvenes. En Chile, la mayoría de los medicamentos que utilizan son prescritos y distribuidos principalmente en establecimientos de Atención Primaria u hospitales, con una automedicación que alcanza al 6,2 %. Especifican, además, que el 89,4 % de las personas mayores recibe algún medicamento; es decir, prácticamente nueve de cada diez adultos mayores chilenos están expuestos al menos a un fármaco. De igual forma, la polifarmacia (cinco o más medicamentos) aumenta en el tiempo y es mayor en mujeres y en personas con menor escolaridad.

En esta misma línea, en Temuco, Chile, Sánchez-Rodríguez et al. (2020) evidenciaron que más del 90 % de las investigaciones revisadas describen que los adultos mayores corresponden al grupo etario con más consumo de fármacos; cuentan la relación entre Portugal y Chile, en la cual se incluyó a 747 personas mayores de 65 años de Oporto (Portugal), encontrando que el 59,2 % estaba polimedicado y el 37,0 % consumía medicamentos potencialmente inapropiados. Al correlacionarlo con la realidad chilena notaron que, el 41 % de los pacientes se prescribió un medicamento potencialmente inapropiado (PIM), mientras que el 51 % dos y, el 8 % más de dos, detectando una asociación entre prescripción de PIM y polifarmacia con ambos criterios.

En Colombia, Albarracín et al. (2021) llevaron a cabo una investigación con adultos mayores de diferentes barrios y estratos socioeconómicos de Bucaramanga, buscando encontrar asociación entre polifarmacia, prescripción inapropiada y clase social, sin lograr una asociación estadísticamente significativa; sin embargo, el tener una filiación al sistema de seguridad social de tipo subsidiado estuvo significativamente asociada a la infra prescripción ($P<0,029$). La presencia de ingresos mensuales estuvo asociada con la presencia de polifarmacia ($P<0,029$) y prescripción inadecuada ($P<0,033$).

Por su parte, Uribe et al. (2020), en Cartagena, Colombia, en su estudio sobre prescripciones potencialmente inapropiadas utilizando los criterios STOPP/START en pacientes geriátricos diabéticos hospitalizados en una institución de salud de tercer nivel, identificaron que la población estaba compuesta de pacientes pluripatológicos, encontrando enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) y la enfermedad renal, como las comorbilidades más prevalentes y, debido a la complejidad de este tipo de pacientes y la alta demanda de medicamentos en el tratamiento de las comorbilidades, hubo prescripciones potencialmente inapropiadas.

Rosero et al. (2023) abordaron la polifarmacia en los adultos mayores, una temática fundamental y de gran interés para la comunidad, el personal de salud y la población vulnerable, comprendiendo que la edad avanzada trae consigo la aparición de enfermedades crónicas y, es preciso tener en cuenta que los medicamentos prescritos deben ser administrados con racionalidad; es decir, que sean ordenados de acuerdo con la necesidad del paciente y sin exceder indiscriminadamente su prescripción. En este sentido, la importancia e interés del estudio radicó en determinar los efectos adversos a causa de la polifarmacia en adultos mayores en un centro geriátrico de la ciudad de Pasto, con la finalidad de formular un protocolo de atención desde el cuidado de enfermería, para minimizar la aparición de estas alteraciones en la población.

Materiales y métodos

Marco bioético. En la Ley 911 de 2004 se dicta disposiciones de responsabilidad ética y moral para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; en el artículo 1 se establece el respeto a los principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de enfermería; en el capítulo IV se habla de la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia; en el artículo 29 se contextualiza que, en los procesos de investigación en los que el profesional de enfermería participe o adelante, se deberá salvaguardar la dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental.

En concordancia con la Resolución 8430 de 1993, prevalece el respeto a la dignidad del paciente, la protección de sus derechos y de su bienestar, con la aplicación del consentimiento informado.

Por último, se encuentra la Ley 1581 de 2012, cuyo artículo 2 hace alusión al ámbito de aplicación, donde se entiende que la ley aplica al tratamiento de los datos personales efectuado en el territorio colombiano. El régimen de protección de datos personales que se establece no será de aplicación a las bases de datos o archivos mantenidos en un ámbito exclusivamente personal o doméstico.

Diseño metodológico. Se abordó desde el paradigma cuantitativo, que utiliza la medición numérica y el análisis estadístico para probar la hipótesis previa de recolección de datos, estableciendo patrones de comportamiento y comprobación de teorías (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). En el estudio se analizó datos relacionados con los efectos adversos que genera la polifarmacia en un grupo de adultos mayores de un centro de atención geriátrica de la ciudad de Pasto durante el periodo 2020-2023.

Respecto al enfoque, se utilizó el empírico-analítico que, según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), hace referencia a buscar explicaciones de causa y efecto que sean comprobables de forma cuantitativa en diversos contextos; su interés es predecir y controlar hechos para modificarlos. La investigación se basó en la aplicación de un instrumento para obtener la información requerida en los objetivos específicos de la investigación por parte de los adultos mayores, obteniendo datos estadísticos que posteriormente fueron analizados e interpretados según el sustento teórico disponible para el estudio.

El tipo de investigación fue descriptivo, el cual se basa en estadísticas y bajo un sustento teórico para la aplicación de pruebas en investigación (Ávila, 2006). Con base en lo anterior, se pretendió describir los efectos adversos como consecuencia de la polifarmacia en los adultos mayores participantes en el proyecto, utilizando la estadística descriptiva en términos de porcentajes representativos y haciendo una interpretación de los resultados a la luz del soporte teórico existente.

Población y muestra. La población estuvo conformada por 170 adultos mayores de un centro de atención geriátrica, de los cuales fueron seleccionados por conveniencia, 66 mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, como la aceptación voluntaria de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado, que tenían 60 años o más, que estaban institucionalizados en el centro, que padecían enfermedades crónicas y su tratamiento farmacológico diario implicaba la administración de tres o más medicamentos diferentes al día, prescritos por el médico.

Como criterios de exclusión, se estableció la no participación de adultos mayores que presentaran problemas neurológicos o mentales y, pacientes egresados durante el desarrollo de la investigación.

Técnicas e instrumentos para la recolección de información. Se utilizó como técnica, la encuesta (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). El instrumento que se aplicó fue el cuestionario formulado por las investigadoras; se elaboró preguntas tipo encuesta estructurada, referentes a las características sociodemográficas, enfermedades prevalentes y tratamiento farmacológico, lo mismo que problemas de salud relacionados con signos y síntomas clínicos, sometidos a validación por tres expertos profesionales en Enfermería. El análisis de la información se realizó a través de los programas Excel y Epidat 4.2.

Resultados y discusión

Características sociodemográficas

Tabla 1

Descripción según la edad, género y estado civil de los adultos mayores institucionalizados.

Variable	Ítems	Fr	%
Edad	60 a 65	9	14
	66 a 70	8	12
	71 a 75	13	20
	76 a 80	8	12
	Más de 80	28	42
Total		66	
Género	Masculino	26	39
	Femenino	40	61
Total		66	
Estado civil	Soltero/a	46	70
	Casado/a	5	8
	Viudo/a	15	23
	Otro	0	0
Total		66	
Nivel de escolaridad	Primaria incompleta	36	55
	Primaria completa	12	18
	Secundaria incompleta	8	12
	Secundaria completa	8	12
	Técnico	1	2
	Tecnología	1	2
	Pregrado	0	0
	Otro	0	0
Total		66	
Lugar de nacimiento	Pasto	36	55
	Otro municipio de Nariño	19	29
	Otro departamento de Colombia	11	17
Total		66	

Variable	Ítems	Fr	%
Ocupación	Vendedor ambulante	8	12
	Comerciante	11	17
	Sin ocupación anterior	16	24
	Otra ocupación	31	47
Total		66	

De las características sociodemográficas se identifica que, la mayoría de la población (42 %) corresponde a un rango de edad de más de 80 años; el 61 % son mujeres; el 70 % tiene estado civil soltero. Respecto al nivel máximo de escolaridad, la mayoría cuenta con primaria incompleta (55 %); se identifica como procedente de Pasto, al 55 %; con relación a la ocupación, el 24 % indicó no tener trabajo y el 47 %, tener otra ocupación diferente a las opciones proporcionadas en la encuesta.

Los anteriores resultados se relacionan con el estudio realizado en Cuba por Fernández et al. (2021), donde se evidenció que, del total de 67 pacientes adultos mayores, 35 cumplieron con los criterios de inclusión, para un 52,2 %; por tanto, consumían cuatro o más medicamentos diarios. Las mujeres constituyeron más de las tres cuartas partes de la población estudiada, obteniendo así que, la mayor parte de la población estuvo conformada por el género femenino. En cuanto al estado civil, se identificó que 51,3 % eran casados, el 22,8 % eran solteros y 25,6 % eran viudos. Con respecto a la edad, se encontró que la mayoría de la población tenía entre 70 y 79 años, en contraste, con aquellos entre 80 años o más, representando la minoría. Lo anterior se interpreta como que, el predominio de adultos mayores casados no logra mitigar el consumo de fármacos en la pareja, al igual que el estado de viudez y soledad. Los estados de 'soledad real' por la viudez o la soltería y de 'soledad en compañía', son elementos que determinan aislamiento social y depresión, que requieren de una medicación adicional a la ya establecida por una enfermedad crónica no transmisible, lo cual acentúa la polifarmacia. Se puede concluir que, los factores de riesgo para polifarmacia están relacionados con el hecho de ser adulto mayor, con incidencia en el sexo femenino, los estados de soledad real y aparente y, las edades superiores a 70 años.

En el estudio de Sánchez-Rodríguez et al. (2020), las características sociodemográficas son similares a la presente investigación, pues la polifarmacia se manifiesta frecuentemente en mujeres (61 % en la presente investigación), con bajos niveles de escolaridad (primaria incompleta 55 % en la presente investigación); además, a medida que aumenta la edad, aumenta el policonsumo y, según los autores, más del 90 % de las investigaciones describen que los adultos mayores corresponden al grupo etario con más consumo de fármacos, siendo la edad el principal motivo; esto se origina por aumento de enfermedades crónicas y deterioro propio del envejecimiento.

Por otro lado, según García et al. (2017), referente a las características socioeconómicas de: estado civil, el 49,4 % eran casados, por lo que la mayor proporción de adultos mayores (76,7 %) vivía en compañía de su pareja o hijos.

Así mismo, según la investigación realizada en Perú por Plasencia-Castillo et al. (2022), se tiene a nivel sociodemográfico que, la mayoría fue de sexo masculino con 59,03 % (n=1 062). El promedio de edad fue de 78,44 años (DE=8,56). La mayor frecuencia de años de educación fue de colegio completo e incompleto, con 70,39 % (n=1 215). Un 72,96 % (n=1 241) de adultos mayores eran casados y 20,34 % (n=346) eran viudos. A partir de lo anterior, se evidencia que la única discrepancia que existe es con relación al estado civil, ya que los demás datos son similares, corroborando con los estudios previos, la similitud que existe en cuanto a género y nivel educativo.

Por último, el estudio de Cano-Guitiérrez et al. (2016) menciona que la población adulta mayor que presentó polifarmacia tenía una edad de 60 a 69 años, seguido del rango de edad de 70 a 79 años; el 63,4 % fueron mujeres y, el 75,7 % tenía cinco años de educación básica o menos, por lo que se puede evidenciar que aquellos adultos mayores que viven en un departamento diferente a Nariño se caracterizan por tener una semejanza con la población de la presente investigación, a excepción del rango de edad, ya que la mayor parte de la población adulta mayor tiene una edad de 80 años o más.

Enfermedades del adulto mayor donde más se presenta la polifarmacia y tipo de tratamiento farmacológico

Tabla 2

Descripción de las enfermedades prevalentes que presentan los adultos mayores institucionalizados

Enfermedades padecidas	Fr	%
Presión alta	52	37
Hiperglicemia/Diabetes	19	14
Dolor en las articulaciones	14	10
Estado de tristeza continuo	3	2
Otra	51	37
Total	139	

Sobre los resultados de enfermedades prevalentes, se encuentra que la enfermedad más común es la presión alta, con un 37 %. Estos resultados se relacionan con el estudio realizado en México por Zavala et al. (2018), donde se

evidenció que las patologías más frecuentes como diagnósticos principales de motivos de consulta de los adultos mayores, fueron: que el 42 % presentó HTA. En contraste con estudio actual, se puede resaltar que la incidencia de presión alta fue del 37 % y de azúcar alta en la sangre, del 14 %, por lo que se puede observar que las patologías cardiovasculares en ambas investigaciones prevalecen aún más en dicha población.

Adicionalmente, las enfermedades prevalentes según los resultados del estudio realizado en Chile por Sánchez-Rodríguez et al. (2020), a mayores enfermedades crónicas, mayor tratamiento farmacológico recibido, aumentando la polifarmacia. Al relacionar estos datos con la presente investigación, se puede decir que los adultos mayores están condicionados a presentar patologías crónicas, principalmente, a medida que envejecen aún más.

Respecto al estudio realizado en Chile por Tagle (2018), se evidencia relación cuando este menciona que la patología catalogada como presión alta se presenta en ciertos valores medidos durante la consulta, que disminuyen con las mediciones posteriores, lo que conduce a que en algunos casos, tras una o dos mediciones, se diagnostique como hipertensos a pacientes que realmente no lo son, siendo en la presente investigación el 37 % la frecuencia de pacientes con esta patología, seguida por la hiperglicemia (14 %).

Según Meza y Triana (2018), se aborda al individuo de manera integral con acciones de autocuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y, afrontar las consecuencias de la misma, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudarle a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, como en este caso, con adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles en su mayoría, como la HTA y otras diversas patologías, por lo que requieren del cuidado de una persona para suplir sus principales necesidades, cumpliendo así con la satisfacción del mismo en la atención y control de su enfermedad, mediante estilos de vida saludables y la correcta administración del tratamiento farmacológico.

Tipo de tratamiento farmacológico que reciben los adultos mayores institucionalizados

Tabla 3

Descripción de la polifarmacia que presentan los adultos mayores institucionalizados

Variable	Ítems	Fr	%
Toma tres o más medicamentos para control de enfermedades	Sí	55	83
	No recuerda	11	17
Total		66	

Variable	Ítems	Fr	%
Medicamentos tomados una misma hora	3	50	76
	4	12	18
	5	1	2
	Más de 5	3	5
Total		66	

Con respecto a la toma de tres o más medicamentos para control de enfermedades, la mayoría respondió que sí (83 %). Con relación a la polifarmacia, se evidenció que la mayor proporción corresponde a personas que toman tres medicamentos a la misma hora (76 %).

Según la OMS (2015) respecto a la toma de medicamentos, se observó que las enfermedades en adultos mayores se convierten en un reto frente a la adherencia del paciente a lo recomendado por su médico pues, a menudo, toman varios medicamentos a la vez y esto puede hacer que se les dificulte recordar cuándo tomar cada uno, tanto así que, el 17 % de los encuestados respondió no recordar si toma tres o más medicamentos para control de enfermedades.

De esta forma, se puede decir que la polifarmacia es uno de los factores que más relevancia tiene, puesto que a medida que se consume más medicamentos, el riesgo de interacción farmacológica y efectos adversos adheridos incrementan, de modo que requieren del autocuidado asistido o inherente, con el fin de controlar el consumo de estos y la prevalencia de patologías (Marchena (2019).

Tabla 4

Descripción de los medicamentos tomados para tratamiento farmacológico en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos de tratamiento farmacológico	Fr	%
Para controlar la presión arterial	52	35
Para el control del azúcar	20	13
Para el dolor y la fiebre	21	14
Para tranquilizarse	15	10
Otro medicamento	41	28
Total	149	

Según los resultados sobre los medicamentos tomados para tratamiento farmacológico, se identificó que la mayoría toma medicamentos que controlan la presión arterial (35 %). Con relación a los resultados, según la Organización

Panamericana de la Salud (OPS, 2019), las enfermedades prevalentes pueden ser un efecto adverso de la polifarmacia, frente a la toma de medicamentos que las producen o las agravan.

Según Urgiles (2019), el autocuidado es considerado propio del paciente con HTA, pues bajo su propia responsabilidad está el ejecutar actividades como la toma de medicación antihipertensiva diaria en un horario determinado; de igual forma, mantener una dieta saludable que incluya frutas, verduras y legumbres, bajas en sodio y grasa, la realización de actividad física como la bailoterapia o caminatas, el manejo del estrés y la asistencia a los controles periódicos para la toma de la presión arterial.

Tabla 5

Descripción de los medicamentos tomados para tratamiento de la hipertensión arterial en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos para hipertensión arterial	Fr	%
Losartán	27	35
Enalapril	17	22
Furosemida	12	16
Otros medicamentos	6	8
No toma ningún medicamento para el control de la presión arterial	15	19
Total	77	

Según los resultados sobre los medicamentos tomados para el tratamiento de la HTA, se identificó que la mayoría toma losartán (35 %); enalapril (22 %); no toma medicamentos para control de la presión arterial (19 %); furosemida (16 %) y, otros medicamentos (8 %).

Estos resultados se contrastan con Arriagada et al. (2020), donde se evidenció que el 29,3 % de adultos mayores investigados consume, en un índice más alto, este tipo de medicamento antihipertensivo para el control de sus cifras tensionales, por lo cual se puede llegar a analizar que, los datos obtenidos en el presente estudio son equivalentes, puesto que, entre los medicamentos para el control de la HTA, el losartán es el más utilizado en los adultos mayores participantes de ambos estudios.

Adicional a esto, según Álvarez et al. (2020), se debe considerar la prevención de la polifarmacia en el adulto mayor hipertenso, teniendo en cuenta que por su condición de salud debe estar en tratamiento con más de dos medicamentos,

como el losartán, enalapril, furosemida, entre otros. Lo anterior se relaciona con el presente estudio, debido a que los adultos mayores que presentan polifarmacia no tienen consideración alguna en la variedad de medicamentos que les prescriben y, más aún, cuando son pacientes hipertensos. Por su parte Cueva (2020) destaca que el consumo de múltiples medicamentos en los adultos mayores con medicación antihipertensiva permanente genera consecuencias negativas para su salud, teniendo en cuenta como factor principal, la polifarmacia que los mismos presentan.

Cabe resaltar que la calidad de vida de los adultos mayores decrece de forma significativa a medida que el número de medicamentos se incrementa, de manera que el autocuidado es primordial para todas las personas, principalmente para la población geriátrica y, va orientado a través de la promoción de la salud, siempre y cuando esté guiada por el profesional de enfermería, quien es el responsable de orientar y educar sobre estilos de vida saludable que reduzcan complicaciones.

Tabla 6

Descripción de medicamentos tomados para tratamiento de la diabetes en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos para la diabetes	Fr	%
Metformina	13	19
Glibenclamida	4	6
Vildagliptina	3	4
Otros medicamentos	1	1
No toma medicamento	46	69
Total	67	

Según los resultados sobre medicamentos para el tratamiento de la diabetes, se identificó que la mayoría no toma medicamentos para la diabetes (69 %). En comparación con una investigación ejecutada en Guatemala por Rojas y Rojas (2018), se pudo observar que la diabetes mellitus es la más frecuente en los adultos mayores, por estar asociada con la edad; además, se demostró que, uno de los principales medicamentos de consumo era la metformina, con un 82,4 % de la población en estudio. Seguido a esto, otro estudio realizado en México por León et al. (2021), refiere que la diabetes mellitus es una de las principales enfermedades que causa polifarmacia, creando comorbilidades a las personas que la poseen. En el estudio actual, la diabetes es una de las patologías más comunes que presentan los adultos mayores institucionalizados.

Tabla 7

Descripción de los medicamentos tomados para tratamiento de la artritis reumatoidea en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos para artritis reumatoidea	Fr	%
Hidroxicloroquina	1	1
Prednisolona	5	7
Dexametasona	2	3
Otros medicamentos	0	0
No toma medicamento para artritis reumatoidea	59	88
Total	67	

Según los resultados sobre los medicamentos tomados para tratamiento de la artritis reumatoidea, se identificó que la mayoría no toma medicamentos (88 %). De acuerdo con esto, el grupo GUIPCAR'17 Sociedad Española de Reumatología (2018) menciona que, el tratamiento con prednisolona es el fármaco de uso más frecuente (7 %); las recomendaciones de los expertos corresponden a tratar la artritis reumatoidea con una reducción progresiva de las dosis, hasta la supresión de la medicación tras obtener respuesta clínica adecuada ya que, de prolongarse el tratamiento farmacológico innecesariamente, puede generar efectos adversos en el paciente. Así mismo, un estudio abordado en Cuba por Armas et al. (2019), menciona que se ha documentado efectos de ahorro de estructura para el metotrexato (MTX), la sulfasalazina y la leflunomida, de forma individual y en combinación. Sin embargo, no está claro si estos y la hidroxicloroquina afectan directamente dañando huesos y cartílago o, si benefician indirectamente a las articulaciones al reducir la inflamación, lo cual refleja la necesidad de generar innovaciones en la producción de fármacos para reducir cada vez más sus efectos adversos en el cuerpo humano.

Tabla 8

Descripción de los medicamentos tomados para tratamiento de la depresión en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos para depresión	Fr	%
Fluoxetina	9	13
Imipramina	0	0
Escitalopram	7	1
Otros medicamentos	9	13
No toma medicamento para el control de la depresión	42	63
Total	67	

Acorde con los resultados sobre los medicamentos tomados para el tratamiento de la depresión, se identificó que la mayoría no toma medicamentos relacionados (63 %), seguido por un 13 % que indica tomar fluoxetina.

Stucchi-Portocarrero y Saavedra (2018) resaltan que el 24,4 % del total de la población consume un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina como la fluoxetina; también encontraron una elevada frecuencia de polifarmacia total y uso de varios antipsicóticos, entre ellos el escitalopram, la imipramina y la fluoxetina, ya mencionada, con mayor número de incidencia; por ende, es esencial la regulación de estos fármacos, para evitar diferentes factores desencadenados de la polifarmacia, que afecten de una u otra manera la calidad de vida de los pacientes. En cuanto a los resultados obtenidos, un estudio realizado en Estados Unidos por Maust et al. (2021), menciona que los antidepresivos fueron la clase de medicación constituyente más común prescrita para adultos mayores en general, contribuyendo así a la polifarmacia con medicamentos en el tratamiento del dolor, insomnio, apatía, depresión, entre otros; estos diagnósticos fueron los que presentaron un índice más alto entre los que experimentaron la diversidad de medicamentos administrados, generando así la polifarmacia.

Tabla 9

Descripción de los medicamentos tomados para tratamiento de la dislipidemia en los adultos mayores institucionalizados

Medicamentos para dislipidemia	Fr	%
Lovastatina	4	6
Atorvastatina	15	23
Gemfibrozilo	1	2
Otros medicamentos	1	2
No toma medicamento para control de dislipidemia	45	68

Acorde con los resultados sobre los medicamentos tomados para tratamiento de la dislipidemia, se identificó que la mayoría no toma medicamentos relacionados (68 %), seguido por un 23 % que indica tomar atorvastatina.

En contraste, se ubicó un estudio realizado en Colombia por Ruiz et al. (2020), donde se demostró que la atorvastatina fue uno de los medicamentos más prescritos, con un 75,5 %. Igualmente, en Colombia, Merchán et al. (2020) lograron encontrar, mediante historias clínicas, que la atorvastatina, con un 97,8 %, era uno de los medicamentos más formulados por los médicos. Estas investigaciones difieren considerablemente en los resultados obtenidos. En comparación con el actual estudio, el medicamento más consumido por los adultos mayores para la

dislipidemia fue la atorvastatina; sin embargo, el 68 % de los adultos mayores no consumía un medicamento para ella, siendo un beneficio para evitar la polifarmacia.

Signos y síntomas clínicos debidos a la polifarmacia en la población adulta mayor

Tabla 10

Descripción de los signos relacionados con la apariencia general, la inspección de la cara y el cuello en los adultos mayores institucionalizados

Signos relacionados con la apariencia general	Fr	%
Palidez en todo el cuerpo	1	1
Coloración rojiza en la cara	1	1
Moretones en las piernas y brazos	0	0
Otro signo clínico	1	1
Ninguno de los anteriores	64	96
Total	67	
Signos relacionados con la inspección de la cara		
Cambios en el tamaño de las pupilas	0	0
Resequedad en la boca	27	41
Sangrado por la nariz	1	2
Otro signo clínico	1	2
Ninguno de los anteriores	37	56
Total	66	
Signos relacionados con el cuello		
Ganglios inflamados y aumentados de tamaño	0	0
Limitación en los movimientos	3	5
Dilatación de las venas del cuello	0	0
Otro signo clínico	0	0
Ninguno de los anteriores	63	95
Total	66	

Con respecto a los signos clínicos relacionados con la apariencia general, se evidenció que la mayoría no presenta signo alguno (96 %). Sobre los signos clínicos relacionados con la inspección de la cara, se notó que la mayoría no presenta ninguno (56 %), seguido por resequedad en la boca (41 %).

Según los resultados, se identificó que la resequedad de la boca fue el signo más recurrente en los adultos mayores, siendo muy similar a los de la investigación realizada en Estados Unidos por Soto y Meyer (2023), quienes dan a conocer que, entre las manifestaciones orales más frecuentes por la polifarmacia se encuentra

la xerostomía (sequedad en la boca) aunque, no hay estudios actualizados que brinden mayor información sobre la afectación que producen los medicamentos, como la resequedad de la boca u otros signos presentados a nivel de cara, cuello o apariencia general en el adulto mayor por la polifarmacia.

Tabla 11

Descripción de los signos relacionados con tórax y abdomen, función osteomuscular y sistema nervioso en los adultos mayores institucionalizados

Variable	Ítems	Fr	%
Signos relacionados con tórax y abdomen	Dificultad para respirar	3	5
	Aumento del tamaño del pecho y del abdomen	0	0
	Alteraciones en el movimiento del tubo digestivo	2	3
	Otro signo clínico	1	2
	Ninguno de los anteriores	60	91
Total		66	
Signos relacionados con la función osteomuscular	Dificultad para moverse	1	2
	Disminución o aumento de la fuerza muscular	6	9
	Deformidades en los huesos	3	5
	Otro signo clínico	1	2
	Ninguno de los anteriores	55	83
Total		66	
Signos relacionados con el sistema nervioso	Alteraciones en el estado de conciencia y orientación	1	1
	Dificultad para hablar	0	0
	Alteraciones en la memoria	5	7
	Otro signo clínico	3	4
	Ninguno de los anteriores	59	87
Total		68	

Es evidente que la mayoría de los sujetos no presenta signos clínicos relacionados con tórax y abdomen (91 %), en la función osteomuscular (83 %) y los relacionados con el sistema nervioso (87 %),

Se puede observar que todos los signos presentados son de gran relevancia, pues indican que los fármacos afectan distintos sistemas del cuerpo y perjudican la salud del paciente. A partir de la revisión bibliográfica se pudo constatar que no

hay otros estudios que indiquen los signos que pueda darse como consecuencia de la polifarmacia; por lo tanto, es significativo considerar la investigación realizada en Chile por Salech et al. (2016), quienes indican que, a veces, los signos y síntomas que se observa en los adultos mayores por los medicamentos no son tenidos en cuenta y, de estos, resultan nuevos diagnósticos errados, dando como resultado, nueva formulación de medicamentos que puede conllevar posibles interacciones farmacológicas y nuevas reacciones medicamentosas.

Tabla 12

Descripción de los síntomas luego de tomar medicamentos prescritos en los adultos mayores institucionalizados

Variable	Etiquetas/opciones	Fr	%
Síntomas luego de tomar medicamentos prescritos	Piel: frío	5	7
	Piel: dolor	1	1
	Piel: ardor	0	0
	Uñas: frío	0	0
	Uñas: dolor	1	1
	Uñas: ardor	0	0
	Cuero cabelludo: frío, dolor, ardor	0	0
	Otro signo clínico	3	4
	Ninguno de los anteriores	58	85
Total		68	

Con respecto a los síntomas luego de tomar medicamentos prescritos, se encontró que la mayoría no presenta ninguno de los propuestos (85 %).

En cuanto a los anteriores resultados, se encontró una investigación realizada en Colombia por Machado-Duque et al. (2021), donde se evidencia que las reacciones adversas a medicamentos más comunes clasificadas según la terminología de reacciones adversas de la OMS se dan en los trastornos de la piel y anexos, correspondiente al 35,3 %. Cabe resaltar que no se halló información actualizada acerca de los síntomas presentados como consecuencia de la polifarmacia. De esta forma, se puede analizar que, en comparación con la presente investigación, el frío en la piel es uno los síntomas más presentes ante el consumo de los medicamentos; de igual forma, el dolor en la piel y en las uñas, pero en menor cantidad.

Tabla 13

Descripción de los signos relacionados con alteraciones en los huesos y los músculos, en el sistema nervioso y endocrino y cardiovascular en los adultos mayores institucionalizados

Variable	Etiquetas/opciones	Fr	%
Alteraciones en los huesos y los músculos	Dolor	3	4
	Falta de fuerza	9	12
	Amortiguamiento	8	11
	Otro signo clínico	1	1
	Ninguno de los anteriores	55	72
Total		76	
Alteraciones en el sistema endocrino	Dolor de cabeza	5	7
	Visión borrosa	9	13
	Pérdida de peso	2	3
	Otro signo clínico	2	3
	Ninguno de los anteriores	51	74
Total		69	
Alteraciones cardiovasculares	Palpitaciones	2	3
	Frío en las manos y los pies	12	18
	Calor en las manos y los pies	4	6
	Otro signo clínico	0	0
	Ninguno de los anteriores	50	74
Total		68	

En cuanto a los signos clínicos, fue evidente que la mayoría no presentó alteraciones en los huesos y los músculos (72 %), alteraciones en el sistema nervioso y endocrino (74 %) y, alteraciones cardiovasculares (74 %).

Los anteriores resultados se relacionan con el estudio llevado a cabo en Colombia por Sánchez-Rodríguez et al. (2020), donde se encontró que la polifarmacia afecta las capacidades físicas y cognitivas de los adultos mayores, deteriora la movilidad, los parámetros hemodinámicos, el equilibrio y la funcionalidad. Así, se logra determinar que, en contraste con la investigación actual, los adultos mayores refieren que sienten cierto grado de falta de fuerza que se puede ver reflejada en la dificultad para levantarse de la silla, subir escalones o levantar objetos pesados, pudiendo llegar a sentirse cada vez más débiles, hasta el punto de ocasionarles una dependencia moderada. Por otra parte, Pereira et al. (2017) corroboran los resultados de la presente investigación, puesto que dentro

de los grupos farmacológicos más usados en la polifarmacia existe un predominio entre los usados para tratar las enfermedades cardiovasculares con la población anciana. Del mismo modo, en Colombia Carrillo y Postigo (2020) encontraron que, en cualquier situación, la polifarmacia se asocia a mayores dificultades del manejo terapéutico de pacientes, los cuales frecuentemente presentan limitaciones cognitivas y/o funcionales y que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas; a estos riesgos se suma problemas por cambios en el organismo y posibles errores de prescripción inadecuada. En otro estudio realizado en México se logró identificar que la polifarmacia está relacionada con efectos adversos como cefalea y visión borrosa (Trejo-Rosales, 2022).

Tabla 14

Descripción de los signos relacionados con alteraciones en la respiración, a nivel gastrointestinal y urinario en los adultos mayores institucionalizados

Variable	Etiquetas/opciones	Fr	%
Alteraciones en la respiración	Dificultad para respirar	2	3
	Sensación de ahogo	6	9
	Presencia de flemas	1	1
	Otro signo clínico	0	0
	Ninguno de los anteriores	60	87
Total		69	
Alteraciones gastrointestinales	Dificultad para sentir los sabores	2	3
	Náuseas - Vómito	9	13
	Dolor abdominal	6	8
	Otro signo clínico	4	6
	Ninguno de los anteriores	51	71
Total		72	
Alteraciones a nivel urinario	Dolor al orinar	1	1
	Orina con sangre	1	1
	Orina en mayor o menor cantidad en un día	12	18
	Otro signo clínico	0	0
	Ninguno de los anteriores	53	79
Total		67	

Sobre los signos clínicos relacionados, la mayoría no evidenció alteraciones en la respiración (87 %), seguido por sensación de ahogo (9 %); con alteraciones gastrointestinales se encontró que la mayoría no presentó ninguno (71 %) y, en cuanto a alteraciones a nivel urinario, la mayoría no evidenció ninguno (79 %).

En el estudio de Machado-Duque et al. (2021) se afirma que, dentro de las reacciones adversas estipuladas por la OMS, una de ellas corresponde a los trastornos del sistema gastrointestinal (11,8 %). En Perú, sobre las reacciones adversas a medicamentos y sistemas afectados, Frías (2019) encontró en una muestra de 2171 pacientes que, los trastornos a nivel gastrointestinal ocupan el segundo lugar, con una prevalencia del 16 %. En Tokio, Kose et al. (2021) encontraron que, la anorexia, los trastornos nutricionales por la alteración del gusto y el metabolismo, son los efectos que se originan por el uso prolongado de múltiples fármacos. Por otra parte, la interacción medicamentosa altera los nutrientes y la dieta, afectando el estado nutricional de los pacientes.

Lo anterior nos lleva a inferir que, el uso a largo plazo de varios medicamentos puede llegar a conducir a diversos trastornos gastrointestinales. En Perú, Huaman y Montoro (2022) lograron determinar que, en una muestra conformada por 121 pacientes para establecer los posibles efectos secundarios después del consumo de medicamento, el 64,01 % siempre ha sentido mareos, náuseas, dolor de cabeza, somnolencia, lo cual se asemeja con las alteraciones gastrointestinales en la presente investigación. Aljawadi et al. (2022) refieren que la polifarmacia es valiosa y fundamental cuando se utiliza de manera correcta y controlada, aunque no se desconoce las consecuencias negativas que esta puede producir, como la interacción medicamentosa y efectos adversos como: mareos, confusión, náuseas, estreñimiento e incontinencia, entre otros.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación, en comparación con la revisión bibliográfica, no tienen una similitud respecto a la presencia de los efectos adversos más frecuentes y el número de medicamentos consumidos, puesto que la evidencia científica respecto a ello es escasa. Cabe resaltar que, en el presente estudio la mayoría de los síntomas presentados aparecían durante el consumo de tres medicamentos, pues gran parte de la población en estudio respondió que consumían tres fármacos; por ello, la opción de respuesta “más de cinco fármacos”, tiene una prevalencia de sintomatología mínima.

Referencias

Albarracín, M. J., Bueno-Florez, S. J., Rodríguez-Bohorquez, C. E., Blanco-Guarín, A. L. y Cadena-Sanabria, M. O. (2021). Asociación entre polifarmacia y prescripción inapropiada según la clase social en adultos mayores de Bucaramanga. *Salud UIS*, *53*. https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21021

Aljawadi, M. H., Khoja, A. T., Alaboud, N. M., AlEnazi, M. E., Al-Shammari, S. A., Khoja, T. A., AlMuqbil, M. S., Abdulrahman, M. A., & Alwhaibi, M. (2022). Prevalence of polypharmacy and factors associated with it among Saudi older adults - Results from the Saudi National Survey for Elderly Health (SNSEH). *Saudi Pharmaceutical Journal, 30*(3), 230-236. https://doi.org/10.1016/j.jsps.2022.01.003

Álvarez, A. A., Ruiz, M. C., Cárdenas, S. B. y Rosales, A. O. (2020). Consideraciones para la prevención de la polifarmacia en el adulto mayor hipertenso. *Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur*, *3*(3).

Armas, W. E., Alarcón, G. A., Ocampo, F. D., Arteaga, C. M. y Arteaga, P. A. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología, 21*(3), e114.

Arriagada, L., Carrasco, T. y Araya, M. (2020). Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(2), 204-210. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.007

Ávila, H. L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Eumed Chihuahua

Cano-Guitierrez, C., Samper-Ternent, R., Cabrera, J., & Rosselli, D. (2016). Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *33*, 419-424. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2292

Carrillo, J. A. y Postigo, S. (2020). Consideraciones sobre la prescripción y utilización de fármacos en personas mayores. *Revista Rol de Enfermería, 43*(4), 248-255.

Cueva, N. G. (2020). *Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Lucha de los Pobres, en el periodo enero-junio de 2019* [Tesis de Especialización, Universidad Central del Ecuador]. https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/a56a5cf9-bd10-4093-8a51-40fc12f67e0e

Fernández, N., Rodríguez, B., Fernández, J. M., Pérez, M. L. y Castillo, E. (2021). Características sociodemográficas en adultos mayores con polifarmacia. *Revista Cubana de Farmacia*, *54*(2).

Frías, B. (2019). *Caracterización de las reacciones adversas a medicamentos reportadas en una institución pública de Lima, periodo julio 2016-junio 2019* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://hdl.handle.net/20.500.12672/11396

García, A. L., Pinedo, S. R., Zegbe, J. A. y Ruiz, D. (2017). Polifarmacia en el adulto mayor en primer nivel de atención. *IBN SINA*, *8*(2), 1-15. https://doi.org/10.48777/ibnsina.v8i2.35

García, M., Suárez, R. y Pérez, B. (2020). Criterios STOPP-START y la prescripción inapropiada del anciano. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *19*(6).

GUIPCAR'17 Sociedad Española de Reumatología. (2018). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide. https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/09/GuC3ADa-de-PrC3A1ctica-ClC3ADnica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación.

Huaman, J. C. y Montoro, C. L. (2022). *Polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos en pacientes geriátricos de la botica María Auxiliadora San Juan de Miraflores febrero 2022* [Tesis de Pregrado, Universidad Interamericana para el Desarrollo]. http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/299

Kose, E., Wakabayashi, H., & Yasuno, N. (2021). Polypharmacy and malnutrition management of elderly perioperative patients with cancer: a systematic review. *Nutrients*, *13*(6), 1961. https://doi.org/10.3390/nu13061961

León, M. L., Seefoó, P., Portillo, Z., Román, Y., Díaz, G. y Fonseca, D. (2021). Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. *Medicina General y de la Familia, 10*(6), 272-277. https://doi.org/10.24038/mgyf.2021.057

Ley 911 de 2004. (2004, 5 de octubre). Congreso de la República de Colombia. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ley 1581 de 2012. (2012, 17 de octubre). Congreso de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981

Machado-Duque, M. E., Machado-Alba, J. E., Gaviria-Mendoza, A., Valladales-Restrepo, L. F., Parrado-Fajardo, I. Y., Ospina-Castellanos, M., Rojas-Chavarro, L. F. y López-Rincón, J. A. (2021). Detección de errores de medicación mediante un programa de seguimiento y minimización en pacientes ambulatorios de Colombia, 2018-2019. *Biomédica*, *41*(1), 79-86. https://doi.org/10.7705/biomedica.5544

Marchena, A. (2019). *Factores sociodemográficos y requisitos de autocuidado en adultos mayores* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIT_f2121bb80b412d7f73f719b4f207de48

Maust, D. T., Strominger, J., Kim, H. M., Langa, K. M., Bynum, J., Chang, C-H., Kales, H. C., Zivin, K., Solway, E., & Marcus, S. C. (2021). Prevalence of central nervous system–active polypharmacy among older adults with dementia in the US. *Jama*, *325*(10), 952-961. https://doi.org/10.1001/jama.2021.1195

Merchán, A., García, Á. A., Isaza, D., Isaza, N. y Reynales, H. (2020). Logro de las metas de colesterol LDL en pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica establecida. *Revista Colombiana de Cardiología*, *27*(6), 508-513. https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.10.004

Meza, G. D. y Triana, E. B. (2018). *Enfermería y el cuidado del adulto mayor en el Centro de Salud 29 de abril, Guayaquil, mayo-agosto 2019* [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]. https://repositorio.ug.edu.ec/items/d6713ada-8e6c-41b1-9061-b032a7113173

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial de la salud 2015. El envejecimiento y la salud. https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4165

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019) *Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022* (8.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud. https://doi.org/10.37774/9789275321003

Pereira, K. G., Peres, M. A., Iop, D., Boing, A. C., Boing, A. F., Aziz, M., & D'Orsi, E. (2017). Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *20*, 335-344. https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013

Plasencia-Castillo, C. I., Salvatierra-Hoyos, B. K., Velázquez-Guillén, J. M., Runzer-Colmenares, F. M. y García, J. F. (2022). Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: El rol del sexo y la comorbilidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *21*(1).

Ramírez, A. R., Ramírez, J. F. y Borrell, J. C. (2019). Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Revista Cubana de Farmacia, 52*(2), 1-15.

Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/ DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Rojas, R. y Rojas, E. (2018). Polifarmacia y adherencia terapéutica en el adulto mayor con Diabetes Mellitus. *Revista Médica Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, *157*(2), 77-80. https://doi.org/10.36109/rmg.v157i2.101

Romano-Lieber, N. S., Pires, L., Gouveia, L. F., & Secoli, S. R. (2018). Survival of the elderly and exposition to polypharmacy in the city of São Paulo, Brazil: SABE Study. *Revista Brasilera de Epidemiología, 21*(2). https://doi.org/10.1590/1980-549720180006.supl.2

Rosero, M., Maya, B. V., Calpa, J. P., Rodríguez, Á. V., Pantoja, J. A., Betancur, I. C. y Velásquez, T. G. (2023). Polifarmacia en adultos mayores institucionalizados. *CEI, Boletín informativo, 10*(1), 138-139.

Ruiz, Á. J., Vargas-Uricoechea, H., Urina-Triana, M., Román-González, A., Isaza, D., Etayo, E., Quintero, A., Molina, D. I., Toro, J. M., Parra, G., Merchán, A., Cadena, A., Yupanqui, H., Cárdenas, J. M., Quintero, Á. M., Botero, R., Jaramillo, M., Arteaga, J. M., Vesga-Angarita, B., Valenzuela-Plata, E. y Betancur-Valencia, M. (2020). Las dislipidemias y su tratamiento en centros de alta complejidad en Colombia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, *32*(3), 101-110. https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.11.005

Salech, F., Palma, D. y Garrido, P. (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *27*(5), 660-670. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.011

Sánchez-Rodríguez, J. R., Escare-Oviedo, C. A., Castro-Olivares, V. E., Robles-Molina, C. R., Vergara-Martínez, M. I. y Jara-Castillo, C. T. (2020). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Revista de Salud Pública*, *21*, 271-277. https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.76678

San-José, A., Pérez-Bocanegra, C., Agustí, A., Laorden, H., Gost, J., Vidal, X., Oropeza, V., & Romero, R. (2021). Integrated health intervention on polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly people with multimorbidity: Results at the end of the intervention and at 6 months after the intervention. *Medicina Clínica, 156*(6), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.04.033

Soto, A. P. y Meyer, S. L. (2023). Implicaciones orales de la polifarmacia en adultos mayores. *Clínicas en Medicina Geriátrica*, *39*(2), 273-293. https://doi.org/10.1016/j.cden.2020.11.007

Stucchi-Portocarrero, S. y Saavedra, J. E. (2018). Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *81*(3), 145-153. http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3382

Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *29*(1), 12-20. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.12.005

Trejo-Rosales, A. (2022). *Frecuencia de sospechas de reacciones adversas de medicamentos (SRAM) con psicofármacos en pacientes con polifarmacia* [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma Metropolitana]. https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/26443

Uribe, S., Caraballo, R. y Contreras, N. (2020). Intervención farmacéutica a prescripciones potencialmente inadecuadas según los criterios STOPP/START en pacientes geriátricos diabéticos hospitalizados en una institución de tercer nivel de Cartagena Colombia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *39*(6), 685-690.

Urgiles, M. Á. (2019). *Autocuidado del paciente hipertenso, según Dorothea Orem* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6074

Zavala, J., Terán, M. A., Nava, M. G., Pineda, M. L. y De la Mata, M. J. (2018). Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, *25*(4), 141-145. https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257

Capítulo 5

Protección social de la vejez. Un aporte de consultorios jurídicos de la Universidad Mariana, Nariño, Colombia[26]

Jhoana Elizabeth Zambrano Melo[27]

Ruth Magali Tapia Fierro[28]

Jazmín Janneth Díaz Vivas[29]

Sharon Valeria Rodríguez Villa[30]

Cítese como: Zambrano-Melo, J. E., Tapia-Fierro, R. M., Díaz-Vivas, J. J. y Rodríguez-Villa, S. V. (2024). Protección social de la vejez. Un aporte de consultorios jurídicos de la Universidad Mariana, Nariño, Colombia. En E. Yarce-Pinzón (comp.), *Perspectivas multidisciplinares en la evaluación de la salud y bienestar de personas mayores* (pp. 103-117). Editorial UNIMAR. https://doi.org/10.31948/editorialunimar.183.c274

Introducción

A nivel global, los líderes mundiales y la población en general han logrado realizar consensos en diferentes escenarios académicos, políticos y económicos frente a los diferentes retos que asumen los Estados y las naciones para propender al bienestar y el desarrollo en todas sus dimensiones. Los consensos que han realizado de manera interestatal, han llevado a la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para que logren influir directamente en las acciones que los Estados implementan en su territorio de manera integral e impacten en la cotidianidad, como es el caso de la población del adulto mayor, con medidas de protección y programas eficaces, capaces de asumir retos que contribuyan al desarrollo social y humano de las personas (Naciones Unidas y CEPAL, 2018).

[26] Capítulo de Libro, resultado de la revisión bibliográfica y normativa titulada: *Protección social de la vejez. Un aporte de consultorios jurídicos de la Universidad Mariana, Nariño, Colombia*, desarrollada desde el 2 de febrero hasta el 13 de junio de 2023, en la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño, Colombia.
[27] Magíster en Administración; Politóloga. Profesora de Derecho, Coordinadora del Semillero IUSSUM, Universidad Mariana.
[28] Especialista en Derecho Administrativo; Abogada. Profesora de Derecho, Universidad Mariana.
[29] Abogada, Universidad Mariana.
[30] Abogada, Universidad Mariana.

Por ello, en este capítulo se hará una aproximación a la revisión normativa del contexto internacional de protección social de la vejez y su integración en el desarrollo y evolución de la Política Nacional de Envejecimiento colombiana (Huenchuan, 2018), articulada con los retos que han venido desarrollando los Consultorios Jurídicos de la Universidad Mariana, desde una visión transformadora de los ODS para el contexto colombiano, orientada a la sostenibilidad económica social y ambiental.

Contexto normativo de las medidas de protección del adulto mayor

Contexto internacional. Actualmente, dentro de las diversas problemáticas que presentan los países, se encuentra la del envejecimiento; es por ello por lo que diferentes líderes mundiales han centrado su atención y han propuesto retos y objetivos para proteger poblaciones de atención especial como son los adultos mayores, adoptando una serie de objetivos para asegurar y garantizar la prosperidad y el bienestar de todos, conocida como la *Agenda 2030* (Huenchuan, 2018), que recoge los 17 ODS.

Ahora bien, es ineludible revisar la conceptualización actual del envejecimiento, el cual es considerado por Huenchuan (2004) como:

> Uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentarán los países de la región en el siglo XXI, en tanto ejercerá una presión importante en los sistemas de seguridad social, los sistemas de asistencia sanitaria y la atención y cuidado de las personas mayores. (p. 7)

Conflictos que deberán ser abordados desde todas sus dimensiones, por todos los países a nivel mundial; por consiguiente, las instituciones internacionales y nacionales deben trabajar en pro de los derechos de la población adulta, razón por la cual, internacionalmente, han surgido normas que se centran en garantizar unas condiciones dignas de las personas mayores, regulaciones que inician desde los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (United Nations, s.f.), adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 por medio de la resolución 46, en donde se determina los derechos básicos de las personas mayores, su participación, los cuidados que se debe tener con los adultos mayores por parte de la familia y sus cuidadores, con el fin de garantizarles su autorrealización y una vida digna.

En este orden de ideas, a continuación, se presenta una síntesis de los avances normativos y legales e instrumentos internacionales de protección de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos (Tabla 1).

Tabla 1

Normatividad internacional sobre el envejecimiento

Nombre	Expedición	Resumen
Protocolo de San Salvador. Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales.	17 de noviembre de 1998 OEA - Organización de los Estados Americanos	Artículo 17 Los Estados se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias como: proporcionar instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores con esta carencia; ejecutar programas laborales específicos para conceder posibilidades de actividad productiva según sus capacidades, vocación o deseos; estimular la formación para mejorar la calidad de vida de esta población.
Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores	15 de junio de 2015 OEA - Organización de los Estados Americanos	Promover, proteger y asegurar todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.

Conforme con la Tabla 1, se puede determinar dos normas internacionales principales en la protección de los derechos de la población adulta mayor, con las cuales se logra demostrar que la comunidad internacional se preocupa en trabajar en pro de los derechos de la población adulta, más o menos en los años 90; posterior a ello, se implementa planes de acción internacional de envejecimiento, convenciones orientadas hacia la protección, cuidado, autorrealización, dignidad, independencia, participación de las personas mayores.

Finalmente, con el contexto internacional, es primordial el análisis del informe realizado por las Naciones Unidas frente al "Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" (Huenchuan, 2018) pues, por parte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018), son preocupantes los retos a los que se enfrenta la población adulta en cuanto a la protección de sus derechos humanos y, además, su crecimiento a futuro, dado que se observa la reducción de la población joven, principalmente en el continente europeo, problemática que genera consecuencias económicas y sociales no solo a nivel internacional, sino también nacional.

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones. Ello supone un incremento del 64 % en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3 % en 2015 al 16,4 % en 2030. Aunque, la situación de las regiones es marcadamente distinta y Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo, en nuestra región el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59 % (Huenchuan, 2018).

La preocupación anterior se incrementa en los países menos desarrollados, donde existe mayor inequidad social, mayor pobreza y desempleo; por ello, la comunidad mundial pone un sobre aviso a las naciones y les encomienda una tarea a las regiones: trabajar por los derechos humanos de los adultos mayores.

Contexto nacional. El Estado colombiano viene desarrollando estrategias y acciones de manera organizada y sistematizada, para enfrentar situaciones sociales, económicas, políticas y culturales, en lo que refiere al envejecimiento. En Colombia ha sido una temática de impacto y preocupación, conllevando la creación de diversas políticas públicas dedicadas expresamente a garantizar las condiciones necesarias para involucrar al adulto mayor de manera activa en el ámbito social, familiar y gubernamental; es así como, con el Decreto 681 de 2022, relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031, se proyecta la continuidad de estas garantías bajo un marco de protección equitativo, igualitario y de no discriminación, al igual que dispone "la formulación del Plan Nacional de Acción intersectorial de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la creación del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, como herramientas para la implementación, el monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política"(p. 2).

Ahora bien, es importante revisar los ámbitos de acción y las herramientas de planificación que persigue el marco institucional y constitucional para asumir los retos y objetivos que debe perseguir la política pública.

El Estado colombiano ha basado sus esfuerzos a partir de los años 90, con la promulgación de la Constitución Política de 1991, como pilar fundamental en favor de las personas, en especial las de mayor edad, prestando especial interés al cuidado, las garantías de los derechos fundamentales como el trabajo, la participación, entre otros, que no están expresamente reconocidos; sin embargo, por vía jurisprudencial han adquirido especial protección y en ella determina que:

> El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. (Artículo 46)

… creando la obligación para el Estado, la familia y la sociedad en general, de la protección y asistencia de las personas mayores de edad, donde la institucionalidad debe propender hacia acciones de carácter positivo que busquen garantizar sus derechos en una condición especial, la cual es la edad. Además, es fundamental enfatizar que Colombia, al ser un Estado social de derecho, debe perseguir y materializar el principio de igualdad, solidaridad y respeto por la dignidad humana y, brindar especial protección a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Así que, esta condición presupone la materialización de los derechos fundamentales de las personas, en articulación con el fin social del Estado Social de Derecho colombiano.

En concordancia, resulta de vital importancia destacar que este desarrollo y orientación del proceso de envejecimiento en sus diferentes esferas busca el logro de una vida en plenitud y productividad para la realización completa de las personas de la tercera edad, por lo cual se vislumbra la necesidad de "tener en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos" (Ley 1251 de 2008, art. 2), la cual se encamina directamente a la protección y defensa de los derechos de los adultos mayores, previniendo la creación de planes, programas y acciones tendientes a garantizar condiciones de igualdad real y efectiva.

De este modo el Estado, respecto a la protección de los adultos mayores, viene desarrollando unas herramientas de planificación y agenda programática para atender y mitigar la problemática del envejecimiento; desde 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) formuló la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, articulada al Plan de Desarrollo 2006-2010; posterior a ello, el Congreso, mediante la Ley 1251 de 2008, estableció los lineamientos generales para la formulación de la política, permitiendo robustecer los instrumentos de planificación y desempeño de las acciones coordinadas de los diferentes actores del sector público y privado para cumplir y garantizar con los fines sociales del Estado, las necesidades del adulto mayor.

Ahora bien, en la actualidad, con el gobierno del presidente Gustavo Petro, se reconoce la evolución de la normatividad internacional y se centra la atención en articular la política pública nacional con instrumentos de normatividad internacional, como la *Convención Interamericana sobre la protección de* los *derechos humanos de las personas mayores* de los Estados Parte, la cual tiene como objetivo, promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad, ratificada por Colombia mediante la Ley 2055 de 2020, declarada exequible por la Corte Constitucional en Sentencia C-395/21 y con la Agenda 2030 proclamada por la ONU, donde Colombia hace parte de los países miembros que la adoptaron, contribuyendo con el desarrollo sostenible de carácter global, en sus dimensiones económica, social y ambiental.

De esta manera, se busca que la política se articule y/o adopte los lineamientos sugeridos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), en el Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, la cual estima que:

> Reconociendo la universalidad, inalienabilidad e indivisibilidad de estos y centra sus directrices en cuatro ámbitos de actuación dirigidos a cambiar la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento, asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, ofrecer una atención integrada y centrada en ellas, servicios de salud primarios que respondan a sus necesidades y proporcionar acceso a la atención a largo plazo. (Decreto 681 de 2022, p. 2)

Es esencial destacar que su formulación fue el resultado de un proceso participativo que lideró el MSPS, logrando el consenso de diferentes actores de la sociedad civil, del Estado, de organizaciones no gubernamentales, entre otros. Son precisamente estos avances técnicos y normativos en el marco internacional, los que facilitan la protección de derechos humanos y libertades fundamentales del adulto mayor bajo un enfoque actualizado y centrado en un envejecimiento activo, saludable y evolutivo, donde se toma en cuenta cada uno de los factores incidentales en el proceso de envejecimiento de un individuo u población, considerando también y como lo dispone de igual manera el Decreto 681 de 2022 que:

> Colombia ha generado múltiples desarrollos normativos, dentro de los que se destaca la Ley 1850 de 2017 que penaliza el maltrato intrafamiliar, negligencia y abandono de las personas mayores, el artículo 217 de la Ley 1955 de 2019 que modifica la Ley 687 de 2001 con relación a la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor y la Ley 2040 de 2020 que impulsa el empleo de las personas mayores sin pensión. (p. 2)

En este orden de ideas y, desde la mirada del desarrollo integral de las personas en su vejez, la Política Pública Nacional de Vejez y Envejecimiento 2021-2030, acoge los siguientes ejes estratégicos:

- Eje estratégico 1. Superación de la dependencia económica de las personas mayores.
- Eje estratégico 2. Inclusión social y participación ciudadana de las personas mayores.
- Eje estratégico 3. Vida libre de violencias para las personas mayores.
- Eje estratégico 4. Atención integral en salud, atención a la dependencia y organización del servicio de cuidado.
- Eje estratégico 5. Envejecimiento saludable para una vida independiente, autónoma y productiva en la vejez.
- Eje estratégico 6. Educación, formación e investigación para enfrentar el desafío del envejecimiento y la vejez. (Decreto 681 de 2022, p. 31)

Abogando principalmente por la salvaguarda de la calidad de vida de las personas mayores en cada una de sus vertientes y, es precisamente, por la cual son consideradas sujetos de especial protección por parte del Estado colombiano, quien orienta sus esfuerzos al reconocimiento y garantía efectiva de los derechos de los adultos mayores. Al respecto, Robledo et al. (2022) expresan que:

> Con relación a la calidad de vida, desde un enfoque de derechos, se ha promulgado un amplio marco jurídico, especialmente desde un enfoque sociosanitario, necesario en Colombia, dada la vulnerabilidad que presenta en las personas mayores, el escaso acceso a la salud. En un punto intermedio se encuentran los enfoques de participación, no solo en escenarios políticos, sino también comunitarios. Ambos, enfoques sociosanitarios y de participación, pretenden el mejoramiento de la calidad de vida. (p. 153)

Por otro lado, cabe recordar que el impacto del tema del envejecimiento y la necesidad de estudio en su evolución para la generación de nuevas garantías u análisis de los proyectos adelantados permitió a este artículo, identificar un estado del arte delimitado a los últimos seis años con las publicaciones más próximas al tema de protección social de la vejez en el marco de la Política Nacional de Envejecimiento, el cual se plasma en la Tabla 2:

Tabla 2

Estado del arte sobre el envejecimiento en Colombia años 2018-2023

Título	Autor	Planteamiento
Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. Artículo científico	Robledo et al. (2022)	Conceptualiza los términos envejecimiento y vejez; de igual manera, plantea su análisis frente al marco jurídico e instrumentos existentes bajo la suficiencia para garantizar un envejecimiento con calidad de vida.
Protección a la vejez en Colombia desde la pensión familiar. Trabajo de investigación	Campos, C. A. (2022)	Centra su estudio en garantizar al adulto mayor el acceso a una pensión digna, observando los tratados, convenios internacionales y marco constitucional existente.
Vejez y ser persona vieja: una aproximación al estado del arte de la cuestión. Artículo científico	Robledo, C. A. y Orejuela, J. J. (2020)	Abarca un análisis completo en Colombia, identificando el estado actual de los estudios sobre la vejez y ser persona vieja desde una perspectiva interdisciplinaria.
Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Libro	Sandra Huenchuan (2018)	Analiza los derechos humanos en un contexto de envejecimiento y brinda un panorama general acerca de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (Ley 2055 de 2020)

Finalmente, hay que enfatizar que, para estudiar las políticas públicas sobre vejez, es necesario determinar elementos y categorías de análisis claves para comprender las acciones emanadas por el Estado, los actores participantes, los escenarios de acción, ejes estratégicos y, efectos positivos o negativos que esta genera en la población del Adulto Mayor.

Política Pública de Envejecimiento y Vejez, una visión en retrospectiva de la academia a través de las asesorías jurídicas e interdisciplinarias en Consultorio Jurídico

La Política Pública de Envejecimiento y Vejez se vislumbra cuando los estudiantes, profesionales del Derecho de Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación de la Universidad Mariana, comprometidos en su 'deber ser', en que los conocimientos adquiridos trascienden a las realidades emergentes que exigen desde el humanismo reconocer y servir al otro, superan las adversidades cotidianas, afianzan metas colectivas en beneficio de la comunidad diversa y heterogénea, haciendo explícito el papel de la educación en la formación de personas conscientes de su papel social y en la construcción colectiva de un proyecto de nación viable, incluyente y justa, según lo dispuesto en la Ley 30 de 1992.

Es así como, mediante alianzas estratégicas con entidades públicas, específicamente con la Subsecretaría de Gestión y Proyectos de la Secretaría de Bienestar Social – Alcaldía de Pasto y otras instituciones privadas, se adelanta jornadas descentralizadas de asesoría jurídica referente a Ruta de Atención Integral a Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad, a la luz de las leyes 1251 de 2008 y 1171 de 2007 y, la circular 001 de 2014 del MSPS y demás normas que gobiernan la materia, desarrolladas en los municipios, corregimientos y comunas, con la pretensión de generar espacios de diálogo, garantizar el acceso a la justicia, resolver pacíficamente los conflictos y, proteger los derechos que les asisten a estas personas de la tercera edad, en virtud de la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 13, 46, 48 y 49, en aras de fortalecer el tejido social.

No es una utopía ni son frases de cajón, pero, se da inicio cuando el estudiante asume casos reales y concretos bajo la premisa de que cada uno de los asuntos que son sometidos a su cargo, comprende una responsabilidad y un actuar ético, pues jamás existen dos casos absolutamente idénticos. En algunos eventos, exige instaurar acciones constitucionales o judiciales que promueve las rutas de atención estatal para que se garantice el acceso a la justicia u obtener servicios o beneficios (tarjeta Sisbén), acceso a programas de vivienda, subsidios económicos, actividades ocupacionales, salud y bienestar social, protección - acompañamiento y, verificación a casos de violencia familiar y abandono y víctimas de violencia, seguridad económica, programas de educación para adultos, actuaciones que se ven reflejadas al radicar derechos de petición, tutelas, asesorías simples, complejas e interdisciplinarias con el apoyo del Observatorio de Familia de la Universidad Mariana, mismos que rezan en informes, estadísticas, seguimientos en el sistema informático del Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación Padre Reinaldo Herbrand del programa de Derecho, aportando desde la práctica profesional universitaria al mejoramiento de las condiciones de vida de esta población de especial protección constitucional, cuando se concede los derechos invocados, se da contestación oportuna de las entidades, posibilitando así la protección, promoción

y reivindicación de sus derechos, según Sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional y que, a nuestro juicio, se trata de una población olvidada; de allí que, esta reflexión académica se erige como uno de los propósitos centrales de la enseñanza del derecho para transformarse en una impronta en el ejercicio de la profesión, bajo los más altos ideales de justicia y el verdadero compromiso social de transformación de nuestro país.

Dilucidando lo anterior, nos permitimos detallar la atención que desplegó el Consultorio Jurídico y Centro de Conciliación en jornadas tanto en el municipio de Pasto como en el departamento de Nariño:

Jornadas descentralizadas en el año 2017. En las cuales se brindó asesoría jurídica para fortalecer a la comunidad sobre los conocimientos referentes a la ruta de atención integral a personas mayores en situación de vulnerabilidad en el marco de las leyes 1251 de 2008 y 1171 de 2017. A continuación, se muestra los datos obtenidos del registro de atención de los consultorios jurídicos de la Universidad Mariana.

Tabla 3

Jornadas descentralizadas en el año 2017

Sector	Público	Familia	Penal	Laboral	Civil	Total
Pasto Comuna 5	52	2	2	2	9	67
Yacuanquer	19	12	0	0	5	36
Consacá	2	10	5	0	7	24
Catambuco	35	3	0	0	2	40
La Laguna	30	5	2	3	0	40
Centro vida sede Mijitayo	68	5	2	0	5	30
Jongovito	43	0	1	2	0	46
San Fernando	83	1	0	1	4	89
Escuela Santa Matilde sede 2 Pasto	36	1	0	0	0	37
El Diviso	80	13	5	0	12	108

El Consultorio Jurídico se propuso brindar asesoría gratuita de alta calidad a la comunidad en su territorio, teniendo en cuenta la situación actual del Adulto Mayor con relación a variables como la defensa de sus derechos como 'sujetos de especial protección constitucional' según lo establece la Sentencia T-760/2008 y el principio de solidaridad con la persona de la tercera edad, responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, como reza en la Sentencia C-503 de 2014 de la Corte Constitucional, a fin de posibilitar la protección, los beneficios y atención a sus derechos desde el servicio social que presta el Consultorio jurídico a través de la enseñanza fundada en una formación integral humana y profesional.

En ese sentido, la responsabilidad social surge cuando se asume con idoneidad, ética y calidad, la atención de los asuntos encomendados en las diferentes áreas del derecho, acorde con la competencia legal, como lo podemos evidenciar en la Tabla 3, así: en público, con 448 casos que refieren a consultas simples como conceptos, que sensibiliza sobre los derechos, deberes y ruta de atención integral a personas mayores en situación de vulnerabilidad, en aras de activar a las instituciones competentes, el poder administrar justicia, también mediante las consultas complejas que datan sobre acciones constitucionales incoadas como derechos de petición y tutelas sobre políticas estatales que promueven la inclusión de esta población a la salud, pensión, a ser acreedores a apoyos económicos u otros beneficios según el caso, por encontrarse en circunstancias de vulnerabilidad como habitantes de la calle, víctimas del conflicto, con discapacidad o, porque no perciben ingresos o, no están afiliados a salud; en otras palabras, porque no ostentan condiciones de vida digna.

A renglón seguido, se destaca el área de familia con 52 casos que obedecen a solicitudes de conciliación sobre fijación, disminución y exoneración de cuota alimentaria, declaración de la unión marital de hecho para ser acreedores a subsidios de vivienda y, derechos de petición para el reconocimiento de ayudas humanitarias, por ser víctimas del conflicto.

Consecuentemente, en el área de civil se atiende 44 asuntos asociados con el estudio de escrituras, detallando la falsa tradición, procesos sucesorales, elaboración e incumplimiento de contratos de arrendamiento, anticresis, restitución de inmueble arrendado, obligaciones contenidas en títulos valores como facturas y letras de cambio para ser cobradas, entre otros. En el área de penal se destaca asuntos querellables, sobresaliendo en algunos corregimientos el maltrato al adulto mayor, lo que exigió activar las rutas para la atención y protección prioritaria. Por último, en el área laboral se resalta ocho asuntos donde se emite conceptos referentes a liquidaciones y su trámite pertinente, toda vez que no son de competencia del consultorio jurídico; sin embargo, se absuelve la inquietud a entera satisfacción del usuario.

Conclusiones

Encontramos que el envejecimiento es un fenómeno complejo, donde convergen diferentes dimensiones, sociales, económicas y jurídicas que ameritan una revisión integral para lograr contribuir desde una perspectiva o visión transformadora, que articule al adulto mayor con sus familias, con un entorno social, económico, ambiental, que genere bienestar, acceso y protección a esta población que requiere mayor atención. De igual manera, en la revisión bibliográfica realizada en el desarrollo del capítulo, se identificó que el fenómeno de envejecimiento es una preocupación de los líderes mundiales, debido a su incremento y aceleración en las últimas décadas, aunque es importante que cada nación y sociedad establezcan un marco normativo, unas políticas y acciones claras articuladas con los diferentes actores e instituciones que propendan a una atención realmente integral de protección, de atención y cuidado.

De igual manera, los ODS han permitido dilucidar una visión futurista de la realidad que se desea, y nos plantean grandes retos como sociedad, al enfrentarnos a este fenómeno de envejecimiento, donde las instituciones gubernamentales y la sociedad en general deben implementar herramientas de planificación y seguimiento, propendiendo hacia un desarrollo sostenible e inclusivo que, desde el enfoque del adulto mayor y su proceso de envejecimiento, facilite comprender las necesidades de implementar políticas y acciones tendientes a proteger y garantizar los derechos que les asisten a todas y cada una de las personas de la tercera edad.

Ahora bien, el Estado, cumpliendo con sus fines sociales, se preocupa por sus ciudadanos y más aún cuando son sectores que requieren mayor atención; es decir, la población adulto mayor, la cual necesita especial atención por parte de la sociedad. Dentro del presente capítulo se vislumbra la protección normativa que se debe tener con los adultos a nivel internacional y nacional.

Desde los consultorios jurídicos se puede denotar la efectividad de la norma, la garantía real de la protección de los derechos de las poblaciones adultas que requieren de especial atención pues, con alianzas estratégicas se puede crear rutas de atención por medio de entidades y de los estudiantes que llegan a transformar la vida de dicha población, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida, al brindar una atención permanente, eficiente, eficaz, acorde con la naturaleza del conflicto y el seguimiento responsable de cada caso encomendado, destacando el trabajo mancomunado con la Secretaría de Bienestar Social, personerías, alcaldías municipales, comisarías, inspectores, corregidores, desplegando así, estrategias de inclusión social, para promocionar y garantizar el acceso a la población de la tercera edad.

De allí que, el Consultorio Jurídico visibiliza situaciones reiterativas en esta población, como el abandono de su familia, abusos laborales, conflictos de familia, adulto mayor con discapacidad, víctimas del conflicto; aunado a ello, el desconocimiento de las rutas de atención integral a personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Los consultorios jurídicos, comprometidos con su deber misional, son los llamados a implementar estrategias de prevención y promoción que fortalezcan y garanticen los derechos del adulto mayor desde una perspectiva interdisciplinar, participando y contribuyendo desde la academia y, en articulación con el Estado, en el desarrollo de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez, a través de iniciativas de diferentes instituciones, a partir de la experiencia al avocar asuntos con diferentes matices que requieren investigación, acciones, seguimiento de rutas, peticiones, radicación de acciones, obtención de fallos, entre otros.

Además, se logró brindar capacitaciones, en alianza con instituciones gubernamentales de orden local, regional, nacional e internacional al adulto mayor, la familia, la sociedad, focalizadas en los derechos, deberes, rutas de atención y otros temas de interés, a fin de sensibilizar, garantizar sus derechos y reconstruir el tejido social donde la gestión de jornadas descentralizadas en el territorio, articulando la academia, el Estado y la sociedad civil, permitió contribuir a garantizar los derechos del adulto mayor y hacer efectivo el acceso a la justicia desde los tres ejes: consultoría, defensoría de oficio y conciliación.

Referencias

Campos, C. A. (2023). *Protección a la vejez en Colombia desde la Pensión Familiar* [Tesis de Maestría, Universidad Cooperativa de Colombia]. https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/48996

Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas mayores. (s.f.). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas mayores. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Corte Constitucional. República de Colombia. (Julio de 2008). Sentencia T-760 de 2008. [MP Manuel José Cepeda Espinoza]. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm

Corte Constitucional. República de Colombia. (Julio de 2014). Sentencia C-503 de 2014. [MP Julio Ignacio Pretelt Chaljub]. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-503-14.htm

Decreto 681 de 2022. (2022, 02 de mayo). Presidencia de la República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf

Huenchuan, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina.* Naciones Unidas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Naciones Unidas - Cepal.

Ley 30 de 1992. (1992, 28 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=253

Ley 1251 de 2008. (2008, 27 de noviembre). Congreso de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964

Ley 1171 de 2017. (2017, 7 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27907

Ley 2055 de 2020. (2020, 10 de septiembre). Congreso de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=141981

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (s.f.). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2014). Circular 001 de 2014. https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/control-precios-circular-01-de-2014.aspx

Naciones Unidas y CEPAL. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y El Caribe.* Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030). https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030

Robledo, C. A. y Orejuela, J. J. (2020). Vejez y ser persona vieja: una aproximación al estado del arte de la cuestión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, *16*(1), 93-112. https://doi.org/10.15332/22563067.5543

Robledo, C. A., Duque, C. P., Hernández, J. A., Ruiz, M. A. y Zapata, R. B. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *Revista CES Derecho*, *13*(2), 132-160. https://doi.org/10.21615/cesder.6453

United Nations. (s.f.). Los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html

Anexos

Corregimiento de Catambuco (Nariño)

Subsecretaría de Gestión Pública de la Gobernación de Nariño Municipio de Yacuanquer (Nariño)

Municipio de Consacá (Nariño)

Corregimiento de Jongovito

Escuela San Matilde en Pasto

El Diviso municipio de Barbacoas

Universidad Mariana
Res. MEN 1362 del 3 de febrero de 1983

Editorial Unimar

Universidad Mariana
Calle 18 No. 34-104 San Juan de Pasto
https://libros.umariana.edu.co/index.php/editorialunimar